PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

(REVUE D'ASSURANCES)

DWUMIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY SPRAWOM UBEZPIECZENIOWYM
I EKONOMICZNYM

ORGAN ZWIĄZKU PRYWATNYCH ZAKŁADÓW
UBEZPIECZEŃ W POLSCE.

1936
ZESZYT
2/3

WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: Dr. JÓZEF KOWAL

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Świętokrzyska 27 m. 2.

Telefon Nr. 265-45 **Konto w P. K. O. Nr. 800.**

Związek Prywatnych Zakł. Ub. w Polsce

Prenumerata półroczna (wraz z przesyłką):

w Warszawie . . . . 3.00 zł.
na prowincji . . . . 3.30 zł.
zagranicą (rocznie) . . . . . . 6.60 zł.

CENA OGŁOSZEŃ:

Cała strona . . . . 40.00 zł.
Pół strony . . . . 25.00 „
1/4 strony . . . . 15.00 „

Cena zeszytu — 1.25 zł.

DR. JÓZEF KOWAL.

O PEWNYCH NAUKOWO-TECHNICZNYCH ZASADACH UBEZPIECZEŃ.

Odkąd ubezpieczenia zostały oparte na ścisłych, naukowych i technicznych podstawach, odtąd możemy mówić o ubezpieczeniach nowoczesnych, nie mających w sobie nic z elementu gry i hazardu; odtąd też każde przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe, przejmując na siebie odpowiedzialność za ryzyka, wyrażające się nieraz w łącznej sumie w setkach miljonów a nawet w miljardach złotych, nie jest przedsiębiorstwem ryzykownem, a jest, w warunkach normalnych, przedsiębiorstwem pewnem swojej egzystencji w równym lub nawet może większym stopniu, niż np. banki lub inne przedsiębiorstwa wielkiego handlu i wielkiego przemysłu; co najważniejsze jednak, odtąd ubezpieczenia stały się dostępne dla szerokich mas publiczności, gdyż każdy ubezpieczający uzyskał pewność, że w razie szkodowego wydarzenia otrzyma natychmiast swoją należność. Taki charakter ubezpieczenia posiadają oczywiście tylko wtedy, gdy zakłady ubezpieczeń postępują ściśle według wskazań naukowych i technicznych zasad ubezpieczeń.

Poniżej postaramy się przedstawić, w najogólniejszych i uproszczonych zarysach, te tak ważne zasady.

I. Zasada wystarczalności składki.

Pierwszą i naczelną zasadą nowoczesnego przedsiębiorstwa ubezpieczeniowego jest prowadzenie operacyj w ten sposób, by zawarte ubezpieczenia same w sobie wzajemnie się opłacały, t. zn. by sumy potrzebne na wypłaty ubezpieczającym były pokryte przez świadczenia wszystkich ubezpieczających, czyli przez zbiór składek. W myśl zasady wystarczalności składek, ogólny zbiór składek winien wystarczyć na wypłatę ogólnej sumy odszkodowań plus koszty i ewentualny zysk przedsiębiorcy. Niekiedy używa się w praktyce wyrażenia „składka wystarczalna" w odniesieniu do poszczególnego ubezpieczenia. Wyrażenie takie nie jest wyrażeniem ścisłem. Naszem zdaniem, w ubezpieczeniach chodzi na pierwszem miejscu o to, by ogólny zbiór składek był wystarczalny i tylko w tem znaczeniu można mówić o wystarczalności składki. Twierdzenie, że składka za dane poszczególne ubezpieczenie jest „wystarczalną" lub nie, jest tylko uproszczonem i przybliżonem osądzeniem bardziej skomplikowanego zagadnienia, o którem będzie dalej mowa.

Różnica między ubezpieczeniami nowoczesnemi, opartemi na zasadzie wystarczalności składki, a ubezpieczeniami z ich początkowego stadjum rozwoju, jest zasadnicza. Pierwsze w historji ubezpieczenia były zawierane

przez przedsiębiorcę ubezpieczeniowego sporadycznie; możliwem więc było wówczas zawarcie przez danego przedsiębiorcę jednego, jedynego ubezpieczenia, wskutek czego przedsiębiorca taki mógł odpowiadać z tytułu tego ubezpieczenia częścią lub całością swojego własnego majątku, gdyż składka otrzymana przez niego stanowiła tylko drobną część sumy jego odpowiedzialności. Dziś takie ubezpieczenie byłoby nie do pomyślenia. Chociaż np. w Anglji lub w Ameryce zdarzają się ubezpieczenia, o których czyta się w prasie codziennej jako o ciekawostkach (ubezpieczenie palców słynnego pianisty, uśmiechu gwiazdy filmowej i t. p.), jednak nie zmienia to naszego stanowiska, gdyż „ubezpieczenia" te (które nazywam ubezpieczeniami ekscentrycznemi) są w istocie niczem innem, jak zakładem lub grą hazardową i nie różnią się wiele od pierwszych ubezpieczeń w historji ich powstania.

Nowoczesne ubezpieczenia nie mają z tamtemi „ubezpieczeniami" nic wspólnego. Nowoczesne ubezpieczenia polegają bowiem na zgrupowaniu dużej liczby ubezpieczeń o analogicznem ryzyku, które to zgrupowanie musi być samowystarczalne tak, by przedsiębiorca ubezpieczeniowy normalnie nie musiał dopłacać do przedsiębiorstwa z własnych funduszów. Jeżeliby w ubezpieczeniach stały naprzeciwko siebie tylko dwie osoby, t. j. przedsiębiorca ubezpieczeniowy i ubezpieczający, to los ubezpieczenia zależałby od wypłacalności przedsiębiorcy ubezpieczeniowego, który, wzamian za otrzymaną stosunkowo małą składkę, ryzykowałby stosunkowo dużą wypłatą z własnego majątku w razie szkodowego wydarzenia. Ubezpieczony zaś, mimo przerzucenia ryzyka na przedsiębiorcę ubezpieczeniowego, nie byłby wolny od ryzyka, gdyż zależałoby to od stanu majątkowego przedsiębiorcy ubezpieczeniowego, czy w danym razie otrzyma pełną należną mu sumę, czy też nie. Taki stan rzeczy nie mógłby się przyczynić do spopularyzowania i szerszego rozwoju ubezpieczeń. Inaczej rzecz się przedstawia z przedsiębiorstwem ubezpieczeniowem, zbudowanem na zasadzie wystarczalności składki, która to zasada polega na tem, jak już powiedzieliśmy, że ubezpieczenia same wzajemnie się opłacają. Ta wzajemność w nowocześnie prowadzonych ubezpieczeniach jest raz mniej widoczna, drugi raz więcej. Tem niemniej jednak obecnie każde przedsiębiorstwo ubezpieczeniowe, czy to będą Lloydy w Anglji, czy spółki akcyjne, czy wzajemne towarzystwa, czy wreszcie instytucje państwowe, oparte jest zawsze i wszędzie na zasadzie wystarczalności składki.

Wskutek zastosowania zasady wystarczalności składki, zadanie przedsiębiorcy ubezpieczeniowego polega obecnie na zgromadzeniu składek niejako do wspólnej kasy wszystkich ubezpieczających, która to kasa służy do czerpania środków na pokrycie wypłat ubezpieczającym, dotkniętym szkodowem wydarzeniem. Odwracając to twierdzenie, można powiedzieć, że ujemne skutki finansowe szkodowych wydarzeń, które dotknęły tylko niektórych ubezpieczających, są rozkładane przez przedsiębiorcę ubezpieczeniowego w stanie rozproszkowanym na wszystkich ubezpieczających. Jeżeli powiedzieliśmy, że zadanie przedsiębiorcy ubezpieczeniowego polega obecnie na zgromadzeniu składek w wysokości wystarczalnej, to obecnie musimy to powiedzenie skorygować. Chodzi bowiem głównie w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowem *o rozłożenie* ujemnych skutków finansowych wszystkich szkodowych wydarzeń na wszystkich ubezpieczających. Przy

gromadzeniu sumy potrzebnej na wypłaty z tytułu szkodowych ubezpieczeń, wysuwa się na plan pierwszy zagadnienie, w jakim stopniu poszczególni ubezpieczający mają się przyczynić w formie składki do zebrania tej sumy. Czyli powiedzieć teraz możemy, że główne zadanie nowoczesnego przedsiębiorcy ubezpieczeniowego polega tak na zgromadzeniu składki w wysokości wystarczalnej, jak i na odpowiedniem jej rozłożeniu, czyli wymierzeniu na poszczególnych ubezpieczających.

I tu dochodzimy do stwierdzenia, że ta teoretyczna zasada wystarczalności składki posiada praktyczną, techniczną stronę. Ta strona praktyczna — to rozwiązanie zagadnienia wymiaru składki.

Logicznie najprostszem wydaje się zastosowanie zasady repartycji zdołu. Zasada ta polegałaby na tem, że najpierw musi być ustalona suma wypłat należna ubezpieczającym z tytułu szkodowych wydarzeń, zaszłych w danym okresie czasu. Mając ustaloną ściśle tę sumę, przystępuje się następnie do żądania pokrycia jej przez wszystkich ubezpieczających. Podział tej sumy między wszystkich ubezpieczających może nastąpić zarówno po równej części, jak i w stosunku do wysokości szkody, którą każdy ubezpieczający mógłby ponieść. Już teraz możemy powiedzieć, że taki podział jest niesłuszny, gdyż nie może on uwzględniać stopnia narażenia na szkodowe wydarzenia u poszczególnych ubezpieczających.

Poza tem zasadniczem zastrzeżeniem, zasada repartycji zdołu posiada jeszcze dwie inne niedogodności. Pierwszą z nich jest ta, że ubezpieczający dotknięci szkodowem wydarzeniem mogliby otrzymać swoje należności dopiero po zamknięciu okresu rozrachunkowego i po zebraniu składek od wszystkich ubezpieczających. Druga niedogodność polega na tem, że ubezpieczający w chwili zawierania ubezpieczenia nie znałby nigdy wysokości swojego zobowiązania, które zaciągnął przez zawarcie ubezpieczenia, gdyż wysokość składki mogłaby być ustaloną dopiero po zakończeniu okresu rozrachunkowego. Dlatego też rozwój ubezpieczeń był umożliwiony dopiero po przejściu na zasadę repartycji zgóry.

Stosowanie zasady repartycji zgóry było kwestją, od której rozwiązania był uzależniony rozwój przedsiębiorstw handlowych, zakładanych w formie spółek handlowych. Spółka handlowa mogła pozyskiwać ubezpieczenia tylko wtedy, jeżeli ubezpieczający wiedział, że zapłaciwszy składkę będzie wolny od dalszych jakichkolwiek świadczeń z tytułu ubezpieczenia, przy pewności jednak otrzymania, w razie szkodowego wydarzenia, należnej od zakładu ubezpieczeń sumy. Taki system operacyj ubezpieczeniowych mógł być zastosowany wtedy, gdy zakład ubezpieczeń miał pewność, że składki zebrane zgóry od ubezpieczających wystarczą na pokrycie całej sumy wypłat należnych ubezpieczającym z tytułu szkodowych wydarzeń. W tym celu zastosowanym być musiał właściwy sposób kalkulacji składki, pobieranej zgóry. Cel ten osiągnięto przy pomocy statystyki i rachunku prawdopodobieństwa. Kiedy znaleziono ten sposób kalkulacji składki stałej, obliczanej i opłacanej zgóry, zakłady ubezpieczeń w formie spółek handlowych miały zapewniony dalszy rozwój. Również i większe towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń oparły swe operacje na systemie składki obliczanej i opłacanej zgóry, mimo że formalnie ich struktura organizacyjna polega na zasadzie repartycji zdołu.

Mając dane statystyczne i wziąwszy te dane statystyczne na warsztat

rachunku prawdopodobieństwa, zakład ubezpieczeń może zgóry obliczyć, ile będzie posiadał szkodowych wydarzeń w całej masie przyjętych do ubezpieczenia ryzyk i jakie go czekają z tego tytułu wypłaty. Na tej podstawie może dokonać repartycji zgóry, między wszystkich ubezpieczających, sumy matematycznie przewidywanych wypłat i w ten sposób dokonać wymiaru składki stałej, płaconej przez każdego ubezpieczającego zgóry, w chwili przystąpienia do ubezpieczenia.

Zasada repartycji zgóry, oparta na statystyce i rachunku prawdopodobieństwa, umożliwiła przytem rozwiązanie zagadnienia przystosowania wysokości składki do stopnia narażenia na niebezpieczeństwo szkodowego wydarzenia u poszczególnych ubezpieczających, co wyraziło się w praktyce w zastosowaniu zasady selekcji i klasyfikacji ryzyk.

II. Zasada selekcji i klasyfikacji ryzyk.

Stosując się do zasady wystarczalności składki, każdy zakład ubezpieczeń musi zbudować swój portfel ubezpieczeń w ten sposób, by ryzyka wchodzące w skład tego portfelu nie różniły się między sobą zbytnio pod względem stopnia narażenia na niebezpieczeństwo szkodowego wydarzenia, lub inaczej mówiąc pod względem matematycznego prawdopodobieństwa tego niebezpieczeństwa. Zatem ryzyka, których matematyczne prawdopodobieństwo przekracza pewną granicę, nie mogą wchodzić w skład portfelu danego zakładu ubezpieczeń. Ryzyka takie bowiem nie dadzą się połączyć z innemi ryzykami w jedną grupę, któraby podlegała normalnemu działaniu prawa wielkiej liczby. Np. osoba z chorobą serca wykazuje prawdopodobieństwo śmierci zupełnie inne, niż osoba tego samego wieku, zupełnie zdrowa; gospodarstwo rolne, znajdujące się w okolicy objętej strefą gradową, nie może być traktowane narówni z gospodarstwem rolnem, położonem w okolicy, gdzie grad jest rzadkością; fabryka produkująca materjały wybuchowe, przedstawia inne niebezpieczeństwo pożaru, niż normalna fabryka chemiczna, i t. d. Takie nadmierne ryzyka są ryzykami anormalnemi. Oczywistą jest rzeczą, że połączenie w jednym portfelu ryzyk anormalnych z ryzykami normalnemi obciążyłoby te ostatnie zbyt wysoką składką, dlatego też w interesie rozwoju ubezpieczeń każdy zakład dąży do tego, by jego portfel składał się wyłącznie z ryzyk normalnych tak, by działanie w tym portfelu prawa wielkiej liczby nie ulegało żadnym zaburzeniom. Na tem właśnie polega selekcja ryzyk, t. j. przyjmowanie do ubezpieczenia ryzyk normalnych i odrzucanie ryzyk anormalnych.

Nie wynika z tego jednak, by ryzyka anormalne nie mogły być wogóle ubezpieczane. Tam, gdzie większa masa ryzyk anormalnych razem połączonych może utworzyć portfel, rządzony prawem wielkiej liczby, wskutek czego te ryzyka zmieniają się dla siebie w ryzyka normalne, a zwłaszcza tam, gdzie ze względów ogólno - społecznych pożądanem jest udzielenie ochrony ubezpieczeniowej pewnym kategorjom ryzyk, zakłady ubezpieczeń tworzą specjalne spółki ubezpieczeniowe ad hoc, najczęściej pool'e, dla zorganizowania wspólnego portfelu ryzyk anormalnych. Spółki takie spotykamy w dziale ubezpieczeń życiowych dla pokrycia ubezpieczeń ludzi o gorszym stanie zdrowia, w dziale ubezpieczeń transportowych, zwłaszcza lotniczych, w dziale gradowym, ogniowym i t. p.

Jak już powiedzieliśmy, selekcja ryzyk polega na takim doborze ryzyk, tworzących portfel ubezpieczeń każdego zakładu ubezpieczeń, by portfel ten składał się z ryzyk normalnych o zbliżonem matematycznem prawdopodobieństwie. Niekiedy jednak zakłady ubezpieczeń rozumieją zasadę selekcji w ściślejszem znaczeniu i odrzucają nietylko ryzyka anormalne, lecz i ryzyka normalne o wyższem prawdopodobieństwie szkodowego wydarzenia, czyli t. zw. ryzyka cięższe.

Portfel ubezpieczeń każdego zakładu ubezpieczeń, zbudowany nawet przy ścisłem przestrzeganiu zasady selekcji ryzyk, mimo to nie może nigdy składać się z ryzyk jednorodnych, ryzyk identycznych co do stopnia niebezpieczeństwa szkodowego wydarzenia. Trudno bowiem wyobrazić sobie, by jakiś zakład ubezpieczeń przyjmował np. do ubezpieczenia od ognia tylko same budynki murowane o dachu pokrytym dachówką, lub blachą, a nie przyjmował budynków innej konstrukcji. Z drugiej strony jednak jest łatwo zrozumiałem, że np. budynek drewniany przedstawia większe ryzyko pod względem niebezpieczeństwa pożaru, niż budynek murowany. Z tego powodu też takie różne ryzyka muszą być oddzielnie traktowane, muszą wchodzić do oddzielnych klas ryzyk, rządzonych prawem wielkiej liczby i rachunkiem prawdopodobieństwa. Gdy bezpośrednio po pożarze Londynu w r. 1666 powstało pierwsze towarzystwo ubezpieczeń od ognia, towarzystwo to rozróżniało dwie klasy ryzyk. Mianowicie, jedna klasa ryzyk obejmowała budynki drewniane, a drugą klasę ryzyk tworzyły budynki murowane. Rozwój ubezpieczeń od ognia postępował jednak w kierunku różniczkowania klas ryzyk. Już w początkach XVIII-go wieku jedno z towarzystw angielskich dzieliło ryzyka pożarowe na 3 klasy: I klasa obejmowała ryzyka zwykłe, II klasa — ryzyka zagrożone niebezpieczeństwem pożaru w większym stopniu i III klasa — ryzyka niebezpieczne. Jedno z amerykańskich towarzystw ubezpieczeń od ognia wykazuje już z końcem XVIII-go wieku 6 klas ryzyk, a wkrótce potem 8 klas ryzyk. Towarzystwa ubezpieczeń obserwowały w ciągu wielu dziesiątków lat przebieg szkodowych wydarzeń w poszczególnych działach ubezpieczeń i badały przyczyny tych szkodowych wydarzeń. Na podstawie tych obserwacyj i badań, towarzystwa ubezpieczeń doszły do wniosku, że istnieje ścisły związek przyczynowy między pewnemi typowemi właściwościami ryzyk a przebiegiem szkodowych wydarzeń. Ale nietylko stwierdzono tę okoliczność, ale i wyjaśniono, wytłumaczono dlaczego tak było i dlaczego tak być musi, gdyż poznano najczęstsze typowe przyczyny powstawania wydarzeń szkodowych w poszczególnych klasach. Obserwacje towarzystw ubezpieczeń, stwierdzone ścisłemi datami statystycznemi i wzięte na warsztat rachunku prawdopodobieństwa, pozwalają na ścisłe określenie stopnia niebezpieczeństwa szkodowego wydarzenia w każdej klasie ryzyk i na utworzenie z każdej klasy ryzyk odrębnej samowystarczalnej grupy. Tylko bowiem w ten sposób będziemy mogli dojść do wymiaru składki słusznej, składki sprawiedliwej, składki odpowiadającej wielkości każdego ryzyka, jeżeli wszystkie ryzyka z całego portfelu danego towarzystwa podzielimy na klasy ryzyk jednorodnych, tworzących oddzielne grupy. W ten sposób każda klasa ryzyk będzie miała swoje własne matematyczne prawdopodobieństwo szkodowego wydarzenia, które będzie określało wysokość składki dla każdego ryzyka tej klasy. Z tego powodu np. za ubezpieczone od ognia dwa budynki, jeden drewniany, drugi murowany, każdy w równej wartości, powiedzmy,

po zł. 10.000 będzie się należała składka różna: wyższa od budynku drewnianego, niż od budynku murowanego.

Z tego widzimy, że zasada klasyfikacji ryzyk polega na przydzielaniu każdego ryzyka do klasy ryzyk tego samego rodzaju, tak, by każda klasa ryzyk tworzyła odrębną w sobie zamkniętą grupę wzajemności ryzyk jednorodnych. Zasada ta nie jest niczem innem, jak przeprowadzeniem w praktyce *postulatu składki słusznej*, który głosi, że należy dążyć do tego, by za ryzyka bardziej niebezpieczne była opłacana składka w wymiarze wyższym, niż za ryzyka mniej niebezpieczne. Postulat składki słusznej teoretycznie prowadzi do przeprowadzenia *zasady indywidualizacji ryzyka*, to znaczy do traktowania pod względem wymiaru składki każdego ryzyka indywidualnie, odrębnie od innych ryzyk. Jak wiemy już, istotą ubezpieczeń jest prawo wielkiej liczby, t. j. łączenie ryzyk w wielką masę dla uzyskania podstawy dla działania w praktyce prawa wielkiej liczby. Wskutek tego indywidualizacja ryzyk nie da się pogodzić z prawem wielkiej liczby i z istotą ubezpieczeń. Tem niemniej jednak dążenie do indywidualizacji ryzyk istnieje. Wywarło ono wybitny wpływ na rozwój klasyfikacji ryzyk i na jej udoskonalanie się. Bowiem rozwój ubezpieczeń prowadził do różniczkowania się klas ryzyk. Widzieliśmy, że z początkiem XVIII-go wieku towarzystwa amerykańskie rozróżniały 8 klas ryzyk w dziale ubezpieczeń od ognia. Dziś towarzystwa te rozróżniają ponad 2.000 klas ryzyk ogniowych. Tak samo jest i w innych krajach i w innych działach ubezpieczeń. Dążenie do różniczkowania klas ryzyk ma jednak swoją granicę nieprzekraczalną, wynikającą z prawa wielkiej liczby. Zrozumiałem jest, że jeżeli jakaś klasa ryzyk dzieli się na nowe klasy ryzyk, to każda z nowoutworzonych klas obejmuje mniejszą liczbę ryzyk, niż klasa macierzysta. Dzielenie na coraz mniejsze klasy ryzyk musi się liczyć z tem, by nowe klasy obejmowały liczbę ryzyk jeszcze dostatecznie wielką dla działania prawa wielkiej liczby. Wielkie towarzystwo ubezpieczeń, rozciągające swoją działalność na szereg krajów, jest tu w lepszem położeniu, gdyż może połączyć w jedną klasę ryzyka z różnych krajów. Takie towarzystwo ubezpieczeń będzie mogło mieć klasyfikację ryzyk bardziej zróżniczkowaną, niż towarzystwo działające tylko w granicach jednego kraju.

Dla zapobiegnięcia zbytniemu rozczłonkowaniu na klasy ryzyk i skomplikowaniu taryf składek, towarzystwa ubezpieczeń stosują bardzo prosty sposób, jednocześnie słuszny i skuteczny. Jest to system dodatków do składki i rabatów składki. Jeżeli dane ryzyko wykazuje pewne odchylenia od innych ryzyk tej samej klasy, tak, że do przyczyn powstania szkodowych wydarzeń, wziętych za podstawę utworzenia tej klasy, dochodzą w danem konkretnem ryzyku nowe przyczyny, czyli, że prawdopodobieństwo szkodowego wydarzenia w tem ryzyku wyłamuje się z pod prawdopodobieństwa całej klasy, wówczas za to ryzyko winna być opłaconą składka podwyższona o pewien dodatek, dodatek odpowiadający podwyższeniu ryzyka. i naodwrót, gdy jakieś ryzyko wykazuje właściwości zmniejszające wydatniej jego stopień narażenia na niebezpieczeństwo w stosunku do innych ryzyk tej samej klasy, składka za takie ryzyka winna być zmniejszoną o pewien rabat, odpowiadający zmniejszeniu ryzyka.

Towarzystwa ubezpieczeń, doprowadzając podział ryzyk na klasy do najdalszych możliwych granic oraz stosując system dodatków i rabatów składki w obrębie tych samych klas dążą do pogodzenia zasady klasyfi-

kacji ryzyk z zasadą indywidualizacji ryzyk, a dążeniu temu przyświeca ideał składki słusznej.

W wyjątkowych wypadkach zasada składki słusznej ustępuje przed *zasadą składki protekcyjnej*. Dzieje się to wtedy, gdy jedna klasa ryzyk ma składkę celowo wyższą, a inna klasa ryzyk korzysta ze składki celowo niższej w stosunku do tej składki, jakaby wypadała na każdą z tych klas według statystyki i rachunku prawdopodobieństwa. Zatem jedna klasa ryzyk ma składkę protekcyjnie niższą kosztem niesłusznego podwyższenia składki dla innej klasy ryzyk. Przy takim stanie rzeczy chodzi zazwyczaj o to, by dla ryzyk, na które wypada wysoka składka, tę składkę nieco obniżyć i umożliwić w ten sposób pozyskanie tych ryzyk dla ubezpieczenia, pozyskanie z różnych względów polityki ubezpieczeniowej, czy ogólnej gospodarczej, wskazane. Takie obniżenie składki musi, oczywiście, być pokryte przez inne ubezpieczenia, zazwyczaj przez taką klasę ryzyk, która płaci minimalną składkę i dla której podwyższenie tej składki minimalnej o pewien procent nie robi większej różnicy.

Ze składką protekcyjną nie należy mieszać *składki konkurencyjnej*, przez którą rozumiemy składkę, obniżoną przez jeden zakład, celem pozyskania ubezpieczenia w konkurencji z innym zakładem, który to drugi zakład oferuje za to ubezpieczenie składkę właściwą. Składka konkurencyjna jest naruszeniem naukowych i technicznych zasad ubezpieczeń, a zakład ubezpieczeń posiadający portfel ubezpieczeń zbudowany na zasadzie składki konkurencyjnej, grzeszy przeciwko naczelnej zasadzie nowoczesnych ubezpieczeń, t. j. zasadzie wystarczalności składki, narażając siebie, a co gorsza ubezpieczających, na wszelkie z tem połączone ujemne następstwa.

Wspomnieć jeszcze należy przy zakończeniu omawiania zasady klasyfikacji ryzyk, że stosowanie tej zasady wymaga prowadzenia dokładnej i szczegółowej statystyki przebiegu ryzyk. Statystyka taka musi obejmować dostatecznie wielką masę obserwowanych ryzyk, aby można było na jej podstawie stwierdzić działanie prawa wielkiej liczby i wyciągnąć odpowiednie wnioski celem zużytkowania ich w ubezpieczeniach. Im statystyka obejmuje większą masę obserwacyj, tem są pewniejsze wnioski co do regularności przebiegu ryzyk. Najbardziej wartościową statystyką dla ubezpieczeń jest, jak dotychczas, statystyka śmiertelności ludzi. Wskutek tego też w dziale ubezpieczeń na życie składka odpowiada najściślej ze wszystkich działów ubezpieczeń faktycznemu ryzyku. Ponieważ wyniki statystyki są tem bardziej wartościowe i tem bardziej miarodajne dla oceny konkretnych ryzyk, im większy jest zasięg statystyki, towarzystwa ubezpieczeń dość prędko zrozumiały, że należy łączyć wspólne obserwacje większej liczby towarzystw ubezpieczeń we wspólnie prowadzonej statystyce. Z tego powodu są częste i dawne porozumienia i zrzeszenia towarzystw ubezpieczeń dla prowadzenia wspólnej statystyki. Porozumienia takie często przekształcają się *w porozumienia taryfowe*, niewłaściwie niekiedy uważane za kartele towarzystw ubezpieczeń.

W odróżnieniu od porozumień, dotyczących warunków produkcji czy warunków sprzedaży z innych dziedzin życia gospodarczego, porozumienia taryfowe zakładów ubezpieczeń mają na celu ustalenie poziomu składki właściwej na podstawie statystycznej i naukowej, które to ustalenie z reguły we własnym zakresie poszczególnego zakładu ubezpieczeń rzadko jest

możliwe do osiągnięcia. Porozumienie taryfowe zakładów ubezpieczeń mogłoby tylko wtedy być kartelem, gdyby poziom wspólnych taryf był wyższy od poziomu właściwego, ustalonego na podstawie statystycznej i naukowej. Wszystko jedno jednak, czy porozumienie taryfowe zakładów ubezpieczeń będzie nazwane kartelem czy nie, stwierdzić musimy, że właśnie z naukowych i technicznych zasad ubezpieczenia wynika konieczność kollaboracji zakładów ubezpieczeń w kwestji taryf. Wszystko jedno, czy będziemy mieli do czynienia z pisanem porozumieniem taryfowem, czy też wogóle żadnego porozumienia nie będzie, twierdzimy, że porozumienie takie zawsze być musi, gdyż z prowadzeniem nowoczesnych ubezpieczeń jest nieodłącznie związaną *konieczność wspólnego opracowania taryf* przez zakłady operujące w tych samych warunkach i na tym samym terenie i to nie w innym celu, jak właśnie w celu obowiązkowego przestrzegania tych taryf. Okresy wojen taryfowych są tylko wyjątkiem, dobitnie powyższą regułę potwierdzającym.

III. Zasada wymieszania lub wyrównania klas ryzyk.

Obserwując sytuację taryfową w różnych działach ubezpieczeń w ostatnich dziesiątkach lat, możemy stwierdzić, że poziom taryfy nie jest sztywny, lecz znajduje się w powolnym lecz stałym ruchu wdół. Wynika to z dążenia tak ubezpieczających, jak i zakładów ubezpieczeń do tego, by składka płacona przez poszczególnych ubezpieczających była możliwie jaknajmniejsza. Realizacja tego dążenia jest możliwa tylko w miarę polepszania się stanu technicznego ryzyk, przy ścisłem zastosowaniu zasady wymieszania klas ryzyk.

Zasada wymieszania i wyrównania klas ryzyk jest uzupełnieniem zasady klasyfikacji ryzyk. Towarzystwa ubezpieczeń muszą dążyć do tego, by obok klas ryzyk cięższych w ich portfelu znajdowały się w większej liczbie klasy ryzyk lepszych, gdyż tylko w ten sposób mogą sobie zagwarantować prawidłowe działanie zasady wystarczalności składki. Interes ubezpieczeniowy jest interesem żywym, jedne ubezpieczenia przybywają, inne ubywają. Wobec tego ruchu ubezpieczeń, jak również wskutek tego, że działanie prawa wielkiej liczby może, bądź z powodu fałszywej kalkulacji, bądź z powodu nadzwyczajnych wydarzeń, — całkowicie zawieść, — może się łatwo zdarzyć, że pewne klasy ryzyk a zwłaszcza ryzyk cięższych nie będą samowystarczalne, że zbiór składki w tych klasach nie wystarczy na pokrycie wszystkich świadczeń z tytułu szkodowych wydarzeń z tych klas. Na takie wypadki towarzystwo ubezpieczeń musi mieć zabezpieczenie w innych klasach ryzyk, w klasach ryzyk uważanych na podstawie przebiegu statystycznego za ryzyka lepsze. Wtedy ewentualny niedobór w klasach ryzyk cięższych może być pokryty nadwyżką z klas ryzyk lepszych. Z tego powodu wymieszanie ryzyk, czyli wyrównanie ryzyk cięższych przez ryzyka lepsze jest jedną z głównych zasad ubezpieczeń.

Zasada ta odgrywa ważną rolę. Zdarzają się czasem ryzyka tak ciężkie, że wogóle nie mogą być wyrównane innemi ryzykami. Tem należy tłumaczyć to, że np. ubezpieczenia od powodzi nie mogły się dotychczas rozwinąć. Do nich bowiem nie może być zastosowaną zasada wymieszania i wyrównania ryzyk. Przy ubezpieczeniu od powodzi byłoby ubezpieczone

tylko zagrożone powodzią mienie znajdujące się nad brzegiem rzeki lub jeziora. A więc wszystkie ryzyka byłyby jednakowo ciężkie — a właściwie nad daną rzeką byłoby tylko jedno lub kilka ryzyk powodzi. Oczywiście wyrównanie ryzyk powodzi jest możliwe w skali wszechświatowej. To też oddawna kiełkuje myśl założenia międzynarodowego towarzystwa ubezpieczeń od powodzi. Mówi się nawet o przedłożeniu odpowiedniej inicjatywy Lidze Narodów. Jest to jednak chyba muzyka dalekiej przyszłości. To samo dotyczy szkodowych wydarzeń, spowodowanych wybuchem wulkanu, trzęsieniem ziemi, działaniami wojennemi i rozruchami. Przy takich wypadkach wyrównanie ryzyk jest trudne do osiągnięcia. Np. trzęsienie ziemi lub działanie wojenne obejmuje odrazu całą mniejszą lub większą połać kraju, zamieniając wszystkie ryzyka nawet najlepsze tam się znajdujące na ryzyka ciężkie, lub też sprawiając, że cała ta połać kraju zamienia się w jedno wielkie ryzyko, złożone z pojedyńczych ryzyk, które normalnie wydawały się być odrębnemi. Weźmy ubezpieczenie od pożaru. Wskutek trzęsienia ziemi pożar może powstać i strawić całą wielką miejscowość. Wystarczy wymienić pożary z powodu trzęsienia ziemi w San Francisco, w Messynie lub w Tokio. Następstwem naruszenia w tych wypadkach zasady wymieszania ryzyk były bankructwa szeregu towarzystw ubezpieczeń. To też obecnie towarzystwa ubezpieczeń prawie we wszystkich działach ubezpieczeń, zawierając ubezpieczenia, zastrzegają się, że nie odpowiadają za szkodowe wydarzenia, spowodowane takiemi kataklizmami, jak trzęsienie ziemi, wybuch wulkanu, działania wojenne, rozruchy i t. p.

Dla ostrożności posuwają obecnie towarzystwa ubezpieczeń zasadę wymieszania i wyrównania ryzyk dość daleko. I tak, przedewszystkiem stosują tę zasadę w znaczeniu terytorjalnem. Uważają, że byłoby niebezpiecznem ograniczenie działalności tylko do pewnej małej części kraju lub dzielnicy tak z tego powodu, że wówczas działanie prawa wielkiej liczby mogłoby być problematyczne, jak i z tego powodu, że na małem terytorjum mogą się pojawić specjalne przyczyny, powodujące masowo szkodowe wydarzenia. Na taką ewentualność koniecznem jest wyrównanie ryzyk z innych terenów. Z tego powodu działalność każdego towarzystwa ubezpieczeń obemuje z reguły conajmniej teren całego państwa. Jasnem jest, że również i teren państwa może być za małym dla stosowania zasady wymieszania i wyrównania ryzyk, to też są towarzystwa ubezpieczeń, które swoją działalnością starają się objąć szereg państw, a nawet całą kulę ziemską. Wtedy bowiem mogą dojść do idealnego stosowania zasady wymieszania i wyrównania ryzyk. Jak widzieliśmy przy omawianiu zasady klasyfikacji ryzyk, dążność do maksymalnego różniczkowania klas ryzyk jest możliwa również tylko wtedy, gdy działalność towarzystw ubezpieczeń przekracza granice macierzystego kraju. Już tylko choćby z tych dwu okoliczności widać wyłaniający się charakter międzynarodowy nowoczesnych ubezpieczeń. Charakter ten będzie jeszcze bardziej widoczny, gdy się przypatrzymy bliżej czwartej głównej zasadzie ubezpieczeń.

Oprócz wymieszania i wyrównania w klasach ryzyk i w terenie, należy wspomnieć o wyrównaniu ryzyk w czasie. Są pewne działy ubezpieczeń, jak np. dział ubezpieczeń od gradu, które w pewnych okresach czasu wykazują małą szkodowość, w innych znów okresach — nadmierną. Wtedy lata lepsze pod względem przebiegu szkód pozwalają towarzystwu ubez-

pieczeń na odłożenie rezerw służących na pokrycie strat w latach, w których występuje nadmierna szkodowość, w których zbiór składek nie wystarcza na pokrycie wypłat z tytułu szkód.

IV. Zasada równania maksymalnej wartości ryzyk.

Wszystkie trzy poprzednio omówione zasady ubezpieczeń mają na celu stworzenie odpowiednich warunków, stworzenie podstawy, na której mogłoby się swobodnie odbywać działanie prawa wielkiej liczby. Przedsiębiorca ubezpieczeniowy wtedy będzie spokojny o przebieg swoich interesów, gdy będzie wiedział, że przebieg szkodowych wydarzeń będzie ściśle odpowiadał przewidywaniu ustalonemu na podstawie statystyki i obliczeń matematycznych. Szkodowe wydarzenia, które każdy człowiek musi uważać za przypadkowe, dla przedsiębiorcy ubezpieczeniowego tracą charakter przypadkowości i stosują się do reguł ustalonych na podstawie prawa wielkiej liczby. Przypadkowość zamienia się w przedsiębiorstwie ubezpieczeniowem w prawidłowość. Stosując omówione trzy główne zasady ubezpieczeń, przedsiębiorca ubezpieczeniowy będzie zabezpieczony pod tym względem, że ilość szkodowych wydarzeń nie będzie zbytnio odbiegała od przewidywań. Jednak mimo to nie będzie jeszcze w zupełności zabezpieczony pod tym względem, czy zbiór składek pokryje jego wypłaty z tytułu wydarzeń szkodowych. Bowiem wartość ubezpieczona może być najzupełniej różna w poszczególnych ryzykach. Jedne ryzyka mogą być ubezpieczone w bardzo wysokiej wartości, inne tylko w małej. Będzie zupełnie inny rezultat finansowy dla przedsiębiorcy ubezpieczeniowego, gdy przewidywana ilość szkodowych wydarzeń dotknie właśnie wyłącznie lub przeważnie ryzyka o wysokiej ubezpieczonej wartości, inaczej zaś będzie się sprawa przedstawiała, gdy będą uszkodzone przeważnie ryzyka o małej wartości. Widać z tego, że prawo wielkiej liczby wtedy tylko będzie mogło mieć zastosowanie dla przedsiębiorcy ubezpieczeniowego, gdy ubezpieczone ryzyka będą równe między sobą pod względem ubezpieczonej wartości. Najlepiej będzie ten problem wyjaśnić na przykładzie. Weźmiemy do tego celu przykład klasyczny, przytaczany przez kilku autorów. Przyjmujemy, że pewien zakład ubezpieczeń ubezpieczył na wypadek śmierci 806 osób, z których każda ma lat 21 i każda ubezpiecza się na sumę zł. 10.000. Według tablic śmiertelności przypada na każdą osobę składka zł. 1.22 od 100 zł. Zakład ubezpieczeń odpowiada zatem za łączną sumę ubezpieczenia 806 × 10.000 = = 8.060.000 zł. a otrzymuje zbioru składki $8.060.000 \cdot \frac{1.22}{100} = 98.332$ zł. Z tablic śmiertelności, wziętych za podstawę do obliczenia składki, wynika prawdopodobieństwo, że w pierwszym roku ubezpieczenia z tych 806 ubezpieczonych osób umrze osób 8. Zakład ubezpieczeń będzie zatem musiał w pierwszym roku wypłacić 8 × 10.000 = 80.000 zł., a ponieważ jego zbiór składki wynosi zł. 98.332, jego nadwyżka wynosi zł. 18.332. Przyjmijmy jednak teraz, że z tych 806 osób jedna ubezpieczyła się na zł. 100.000 a wszystkie inne po zł. 10.000. W tym wypadku zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność za następujący kapitał ubezpieczony

805 × 10.000 = 8.050.000 zł.
1 × 100.000 = 100.000 „
8.150.000 zł.

z tytułu czego otrzymuje składkę

$$8.050.000 \cdot \frac{1 \cdot 22}{100} = 98.210 \text{ zł.}$$

$$100.000 \cdot \frac{1 \cdot 22}{100} = 1.220 \text{ „}$$

t. j. razem 99.430 zł.

Przypuśćmy teraz, że wśród tych 8 osób umierających w pierwszym roku znajduje się właśnie osoba ubezpieczona na zł. 100.000. Zakład ubezpieczeń będzie wtedy płacił

7 . 10.000 = 70.000 zł.
1 . 100.000 = 100.000 „

170.000 zł.

podczas gdy otrzymał tytułem składki tylko zł. 99.430. Mimo, że śmiertelność faktyczna była zgodna ze śmiertelnością przewidywaną na podstawie statystyki, zakład ubezpieczeń poniósł stratę w kwocie zł. 70.570.

Analogicznych przykładów dostarczyć może każdy inny dział ubezpieczeń.

Pośród wielkiej masy mniejszych pod względem wartości ryzyk znajdują się sporadycznie ryzyka o wysokiej wartości, których jest za mało dla utworzenia oddzielnej grupy. Portfel każdego zakładu ubezpieczeń to wyżyna utworzona z masy małych i średnich ryzyk, spośród której wyrastają strzeliste wierzchołki ryzyk o wielkiej wartości. Weźmy u nas w Polsce takie fabryczne ubezpieczenia od ognia. Mamy drobny przemysł, mamy średni przemysł, lecz mamy i wielki przemysł. Towarzystwa ubezpieczeń od ognia u nas mają ubezpieczenia fabryczne w wartości kilkudziesięciu lub kilkuset tysięcy złotych, lecz ubezpieczenia o wartości kilku miljonów złotych nie są rzadkością, a mamy szereg ubezpieczeń o wartości wyrażającej się w dziesiątkach miljonów złotych. Cóż towarzystwa ubezpieczeń mają robić z temi wierzchołkami ryzyk wyrastającemi ponad poziom, ponad granicę miarodajną dla danej grupy ryzyk i dla normalnego działania prawa wielkiej liczby?

Najprostszem byłoby przyjmować tylko tę część ryzyka do ubezpieczenia, która się mieści w maksymalnych granicach określonych dla danej grupy ryzyk, a wierzchołek ryzyka ponad tę część odrzucić. Takie załatwienie jednak przekreślałoby wartość ubezpieczenia dla tych ryzyk wierzchołkowych, a z drugiej strony mogłoby wogóle posiadaczy tych ryzyk zniechęcić do ubezpieczenia. To też w ciągu ostatnich stuleci wytworzył się pewien sposób postępowania, umożliwiający danemu Towarzystwu ubezpieczeń pokrycie wierzchołków ryzyk gdzieindziej, w sposób przez posiadacza wierzchołkowego ryzyka nawet nieodczuwalny a gwarantujący mu 100%-owe pokrycie ryzyka. Jest to strona ubezpieczeń najbardziej precyzyjna i subtelna, niezmiernie ciekawa, rządząca się swojemi prawami i prawidłami. Jest to reasekuracja. Jest to pozatem najważniejsza strona finansowa każdego zakładu ubezpieczeń. Dobra i solidna reasekuracja gwarantuje wypłacalność danego towarzystwa ubezpieczeń, nawet o małych własnych kapitałach, w sposób wprost nieograniczony. Reasekuracja wytworzyła się poprzez koasekurację, którą dziś bądź uzupełnia, bądź wypiera.

Z koasekuracją mamy do czynienia wtedy, gdy ubezpieczenie jednego i tego samego ryzyka jest pokryte bezpośrednio w dwu lub więcej towarzystwach ubezpieczeń. W razie koasekuracji jest tyle oddzielnych i zupełnie samodzielnych ubezpieczeń, ile towarzystw w danem ubezpieczeniu uczestniczy. Ubezpieczający ma do czynienia odrębnie z każdem towarzystwem ubezpieczeń, z których każde odpowiada za część ryzyka przez siebie pokrytą. Przy wielkich ryzykach ubezpieczający musi się umawiać z kilku, lub kilkunastoma towarzystwami ubezpieczeń i wszystkie formalmalności wymagane umową ubezpieczenia wykonywać odrębnie w stosunku do każdego towarzystwa. Jeżeli przytem warunki ubezpieczenia będą w każdem towarzystwie różne, będziemy mieli obraz niedogodności, jakie przedstawia dla ubezpieczającego koasekuracja. Niedogodności te w praktyce usuwa się częściowo w ten sposób, że bądź towarzystwa ubezpieczeń koasekurujące umawiają się, że obrót z ubezpieczającym będzie się odbywał za pośrednictwem jednego towarzystwa, które wtedy nazywa się prowadzącem, bądź też w ten sposób, że jedno towarzystwo pozyskuje ubezpieczenie i proponuje zgóry ubezpieczającemu koasekuratorów, występując wtedy jako towarzystwo prowadzące, t. j. pośredniczące obrót między ubezpieczającym a towarzystwami koasekurującemi. Jednak mimo to niedogodności koasekuracji nadal istnieją. Pozatem koasekuracja nie jest w stanie pokryć ubezpieczenia wierzchołków w całości przy wyżej wartościowych ryzykach. Wszystkich tych niedogodności nie posiada reasekuracja.

Reasekuracja jest to oddanie części lub całości ubezpieczenia przez towarzystwo ubezpieczeń innemu towarzystwu ubezpieczeń lub też specjalnej instytucji reasekuracyjnej — i to oddanie na własny rachunek i na własną odpowiedzialność towarzystwa ubezpieczeń oddającego. Ubezpieczający ma do czynienia tylko z jednem towarzystwem ubezpieczeń. W stosunku do ubezpieczającego odpowiada w całości za dane ryzyko tylko to towarzystwo ubezpieczeń. O reasekuracji ubezpieczający może nic nie wiedzieć i najczęściej nic nie wie, a w każdym razie pod względem prawnym reasekuracja ubezpieczającego nic nie dotyczy. Zresztą nie posiada to żadnego wpływu na prawa ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia a raczej jego sytuację polepsza, gdyż reasekurator dzieli zawsze los towarzystwa ubezpieczeń, t. j. jego odpowiedzialność w razie szkodowego wydarzenia. Przy lojalności, solidności i wzajemnem zaufaniu, posuniętych w stosunkach między partnerami reasekuracyjnymi do najwyższych granic, reasekuracja jest obecnie tą granitową opoką, na której spoczywają ubezpieczenia i która nie zawodzi. Powoduje to tę nadzwyczajną płynność gotówkową, jaką wykazują towarzystwa ubezpieczeń nawet w najcięższych okresach kryzysu gospodarczego.

Reasekuracja jest więc wypływem logicznym z zasady równania wartości ryzyk. Towarzystwo ubezpieczeń ścina strychulcem swojej maksymalnej granicy wszystkie wierzchołki ryzyk przekraczające tę granicę i wierzchołki te ceduje reasekuratorowi. To ścinanie wierzchołków odbywa się tem wyżej, im jest rozleglejsza w danym zakładzie płaszczyzna, złożona z masy ryzyk drobnych i średnich. To też im jest szczuplejsze podłoże tej masy ryzyk, tem niżej znajduje się granica maksymalnej wartości ryzyk, zatrzymywanej przez zakład ubezpieczeń na swój rachunek, tem konieczniejszy szerszy zakres stosowania reasekuracji. Bez reasekuracji

trudnym byłby do pomyślenia rozwój i obecny stan ubezpieczeń, a w każdym razie trudno byłoby sobie wyobrazić pokrycie ubezpieczeniowe dla ryzyk o wyższej wartości. Drogą reasekuracji można rozdrabniać i pokrywać nawet największe ryzyka. Reasekurator bowiem, otrzymawszy część ubezpieczenia, może ze swego udziału oddać pewną część dalej innemu reasekuratorowi a ten jeszcze innemu i tak dalej. W ten sposób ryzyko ulega dalekoidącemu rozproszkowaniu i nawet ryzyko o bardzo wysokiej wartości może zostać w jednej chwili rozdzielone pomiędzy dziesiątki lub setki reasekuratorów z różnych krajów a nawet z różnych części świata. To też i towarzystwa działające w Polsce oddają w reasekurację ryzyka polskie reasekuratorom z innych krajów i przyjmują w reasekurację ryzyka z różnych krajów europejskich i zamorskich. Oczywiście, z reguły ryzyka te dochodzą do Polski najczęściej w minimalnych cząstkach. Nie wszystkie jednak towarzystwa ubezpieczeń przyjmują ryzyka w reasekurację od innych towarzystw ubezpieczeń, gdyż do tego potrzeba posiadać dobrą znajomość kraju i jego stosunków, skąd się przyjmuje reasekurację, potrzeba specjalnych umiejętności i zdolności. Natomiast każde towarzystwo ubezpieczeń musi oddawać ryzyka w reasekurację. To też doprowadziło to do wytworzenia się specjalnych zawodowych reasekuratorów, którzy nie uprawiają bezpośrednio działalności ubezpieczeniowej, lecz ograniczają się wyłącznie do przyjmowania reasekuracji. Niektórzy z tych zawodowych reasekuratorów, objąwszy swoją działalnością całą kulę ziemską, wyrośli w przepotężne instytucje światowe. W działalności zawodowych instytucyj reasekuracyjnych upatrujemy ostatni wyraz postępu w dziedzinie nowoczesnych ubezpieczeń. One to sprawiają, że charakter międzynarodowy ubezpieczeń jest obecnie powszechnie uznawany, że ubezpieczenia z całego świata tworzą obecnie niejako jeden organizm, w którym naukowo - techniczne zasady ubezpieczeń mogą być w pełni stosowane.

Dr. Józef Kowal.

I. E.

KILKA ZAGADNIEŃ PRAWNYCH.

W nr. 1/36 „Przeglądu Ubezpieczeniowego" ogłosił p. Dr. Kowal wnikliwe studjum z dziedziny prawa o umowie ubezpieczenia („Opis ryzyka i zwiększenie niebezpieczeństwa"), wykazując wadliwość i niedociągnięcia kilku konstrukcyj prawnych, które stanowią podłoże niektórych ważnych postanowień ustawodawstwa ubezpieczeniowego poszczególnych państw.

Przyszła polska ustawa o umowie ubezpieczenia niewątpliwie skorzysta z prac i doświadczeń innych państw, ale jednak będzie musiała znaleźć dla poszczególnych zagadnień własne rozwiązania, uwzględniające naszą polską rzeczywistość gospodarczą i społeczną i ewolucję zasad prawnych. Niewolnicze naśladowanie obcych wzorów byłoby tem mniej celowe, ponieważ właśnie te wzory, które zapewne w pierwszym rzędzie wchodziłyby w rachubę (t. j. niemiecki i austrjacki), są już mocno przestarzałe.

Dlatego winni fachowcy zawczasu na łamach prasy fachowej naświetlać ze strony teoretycznej jak i praktycznej poszczególne zagadnienia oraz zalety i wady dotychczasowych rozwiązań.

Treść poniższych rozwiązań stanowią pewne kwestje z praktyki ubezpieczeniowej.

Skróty:

1) RKU.: Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 26.I. 1928 r. o kontroli ubezpieczeń (Dz. U. R. P. Nr. 9, poz. 64);
2) KPC.: Kodeks postępowania cywilnego (Rozp. Prez. Rzpl. z dnia 29.XI.1930 r., Dz. U. R. P. Nr. 83, poz. 651);
3) RTUU.: Rozp. Prez. Rzpl. z dnia 24.II.1928 r. o przepisach tymczasowych, dot. umowy ubezpieczenia (Dz. U. R. P. Nr. 25, poz. 211);
4) niemiecka UUU.: niemiecka państwowa ustawa z dnia 30.V.1908 r. o umowie ubezpieczenia (Reichsgesetzblatt Nr. 263);
5) austrjacka UUU.: austrjacka ustawa z dnia 23.XII.1917 r. o umowie ubezpieczenia (Dz. u. p. Nr. 501).

Nr. 1 i 2 obowiązują na obszarze całego Państwa, nr. 3 tylko na obszarze b. zaboru rosyjskiego, nr. 4 na obszarze b. zaboru pruskiego, a nr. 5 na obszarze b. zaboru austrjackiego.

1) Odpłatność należy do najbardziej istotnych i podstawowych cech każdej asekuracji. W szczególności w zakresie ubezpieczenia umownego względnie dobrowolnego niema ochrony ubezpieczeniowej bez opłaty składki. Stąd wynika, że każde ubezpieczenie jest umową dwustronną i warunkową: Uiszczenie składki przez ubezpieczającego jest conditio sine qua

non prawomocności ubezpieczenia — tak powstania jej, jak i dalszego trwania. Ubezpieczenie wchodzi w życie — ochrona ubezpieczeniowa zaczyna się — dopiero od chwili uiszczenia całej pierwszej składki względnie umówionej pierwszej raty składki, a traci swą prawomocność — ochrona ubezpieczeniowa ustaje — (z zachowaniem pewnych formalności) w związku z zaniechaniem dalszej opłaty składki wzgl. rat jej. Słowem: póki ubezpieczający nie spełnia wzgl. skoro przestaje spełniać swoje zobowiązania, nie istnieje dla zakładu ubezpieczeń żadne zobowiązanie z tytułu umowy ubezpieczenia.

Zasadniczą tę tezę uznają ustawodawstwa ubezpieczeniowe wszystkich państw. Z niej wypływa bezpośrednio konsekwencja, że zakład ubezpieczeń, który zaskarżył ubezpieczającego o zaległą składkę, nie ponosi ryzyka ubezpieczeniowego, póki składka nie zostanie rzeczywiście zapłacona. Bowiem od wytoczenia powództwa jest bardzo często bardzo daleka droga do efektywnego otrzymania wierzytelności, a nawet do uzyskania definitywnego wyroku, przysądzającego tę wierzytelność.

Ustawodawstwo niemieckie aprobuje tę konsekwencję. Natomiast ustawodawstwo austrjackie, a w ślad za niem także polskie, poczyniło tu znamienny wyłom, nakładając na zakład ubezpieczeń, który wniósł przeciwko ubezpieczającemu powództwo o zaległą składkę, pełną odpowiedzialność ubezpieczeniową za okres czasu, za który domaga się składki, choćby w chwili zajścia wypadku, przewidzianego ubezpieczeniem, składka nie była zapłacona. Postanowienie to obowiązuje w odniesieniu tak do pierwszej składki, jak i do składki bieżącej (austr. UUU. §§ 28 i 29, RTUU. art. 7, ust. 5 wzgl. art. 8, ust. 5).

Rozumowanie, że skoro zakład ubezpieczeń domaga się, by ubezpieczający spełnił swoje zobowiązanie, to i sam musi wykonać swoje zobowiązanie, odwraca przyczynową i chronologiczną kolejność obopólnych zobowiązań. Zaś modyfikacja tego rozumowania, ujęta w efektowną napozór formułę: „Gdzie niema ryzyka, niema i składki — zakładowi nie może należeć się składka za nic" przeocza, że ubezpieczający przez zaniechanie opłaty składek (wzgl. przez niepodjęcie jej) złamał wiążącą umowę, a przy wszelkich stosunkach prawnych, opartych na dwustronnej umowie, może każda strona zmusić prawnie drugą stronę do wypełnienia przyjętych zobowiązań, a nadto dochodzić od niej sądownie nawet straty spodziewanego zysku, spowodowanej złamaniem przez nią zawartej umowy. I nie istnieje żadna rzeczowa przyczyna, z uwagi na którą asekuracja powinna stanowić wyjątek.

Zapewne przepis austrjacki i polski ma ze względów społecznych powstrzymywać zakłady ubezpieczeń od zbyt pochopnego skarżenia ubezpieczających o składki. Nie podnosimy tutaj pytania, dlaczego to właśnie one mają być jednostronnie krępowane i ograniczone w przysługujących każdemu obywatelowi prawach w zakresie dochodzenia swoich należności. Statystycznie wykazano, że zarzut, jakoby zakłady ubezpieczeń skłaniały do procesnictwa, jest zupełnie bezpodstawny i krzywdzi je. Do skargi sądowej ucieka się zakład ubezpieczeń bardzo niechętnie i tylko w wypadkach konieczności, bo zgóry musi zapłacić znaczne koszty sądowe i adwokackie i nadto każdy proces szkodzi jego opinji, zraża klientelę i utrudnia akwi-

zycję. Zresztą każdy proces stanowi ryzyko tak co do rozstrzygnięcia sądowego, jak i przedewszystkiem co do wyniku egzekucji. Jeżeli towarzystwo mimo wszystko ma w razie skargi sądowej ponosić pełne ryzyko ubezpieczeniowe, nawet mimo możliwości bezskutecznej egzekucji [1]), to ciężar ten w praktyce zupełnie przekreśla jego prawo skargi. „Przepis ten równa się zatem faktycznej niezaskarżalności składki", podkreślił już p. Dr. Rittman na łamach „Przeglądu Ubezpieczeniowego" (Nr. 1/1934, str. 25). I autor ten trafił w samo sedno sprawy, zwracając uwagę na rażącą niesprawiedliwość: Klient, który może lekkomyślnie albo pod wpływem ajenta konkurencyjnego nie wpłacił składki i dopuścił do skargi sądowej, posiada ochronę ubezpieczeniową; natomiast klient, który lojalnie i w pełnem uznaniu ważności ubezpieczenia wpłacił na poczet należnej składki, nie mogąc uiścić jej może odrazu, pewną kwotę zaliczkową — *nie* jest ubezpieczony. Bo istotnie: ubezpieczający, wiedząc o tem, że nie zostanie zaskarżony, często lekkomyślnie podpisuje wniosek o ubezpieczenie (powstają więc wnioski grzecznościowe lub zgoła fikcyjne) i również lekkomyślnie przestaje płacić składkę i zrywa ubezpieczenie, szczególnie pod wpływem ajenta konkurencyjnego. Ułatwia to więc w wysokim stopniu wyprzęganie ubezpieczeń. Stosunki te narażają towarzystwa na wielkie straty i obniżają powagę asekuracji w oczach społeczeństwa, tamując normalny rozwój zdrowej asekuracji. Kto porównywał ilość storn ltp. w Niemczech, Polsce i Austrji, ten bezpośrednio dostrzega wpływ powyższych norm prawnych na prawidłowy rozwój asekuracji.

Nasuwa się tu jeszcze jedna uwaga. Uważam, że asekuracja, która przecież ma ratować gospodarczy byt ubezpieczonego wzgl. rodziny jego właśnie w razie największego nieszczęścia losowego, jest w każdym razie umową tak ważną, że można wymagać, by ubezpieczający, skoro pragnie rozwiązać ją, był zobowiązany pisemnie ją wypowiedzieć. Ta pisemna forma zapobiega licznym nieporozumieniom i niesłusznym pretensjom, szczególnie w razie szkody. Według niemieckiej UUU. rozwiązuje się umowa ubezpieczenia tylko na podstawie pisemnego wypowiedzenia przez jedną lub drugą stronę. Austrjacka UUU., a w ślad za nią polskie RTUU. wprowadza pojęcie prawne t. zw. milczącego wypowiedzenia, czyli milczącego odstąpienia od umowy ubezpieczenia. Domniemywa się, że zakład ubezpieczeń odstąpił od umowy, jeżeli w ciągu trzech miesięcy od dnia płatności składki nie wystąpił sądownie o jej zasądzenie. Przy ubezpieczeniach na życie może zakład ubezpieczeń wogóle skarżyć tylko o składkę za pierwszy rok ubezpieczenia, t. j. tylko wtenczas, gdy lwia część korzyści ze skargi sądowej przypada ajentowi tytułem prowizji akwizycyjnej. Już o składkę drugoroczną zakład nie może skarżyć; niezapłacenie jej przez ubezpieczającego w ciągu pewnego okresu ulgowego rozumie się jako milczące wypowiedzenie przezeń umowy ubezpieczenia. Wymarzona to sposobność do wyprzęgań!

Istotnie najwięcej storn zachodzi właśnie po upływie pierwszego roku ubezpieczenia.

---

[1]) Z wyraźnego brzmienia przepisu prawnego wynika m. in. taka konsekwencja: Jeżeli egzekucja odbyła się już w ciągu okresu, za który towarzystwo ubezpieczeń zaskarżyło ubezpieczającego o składkę, lecz wypadła bezskutecznie, to mimo to towarzystwo ponosi ryzyko aż do końca tegoż okresu!!

2) Miejscowa właściwość sądu.

Polskie ustawodawstwo ubezpieczeniowe, o ile reguluje prawo zakładu ubezpieczeń do skarżenia o zaległą składkę ściśle — nawet za ściśle — według wzoru austrjackiego, o tyle znowu w zakresie miejscowej właściwości sądu, szczególnie przy sporach, wytaczanych przeciwko zakładowi, naśladowało ono ściśle wzór niemiecki.

KPC. ustala (art. 24) główną zasadę miejscowej właściwości sądu według miejsca zamieszkania pozwanego. Przepis ten nie uchyla art. 22 RKU, w myśl którego niezależnie od tej ogólnej właściwości sądu, do rozpoznania spraw, wytaczanych zakładowi ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej za pośrednictwem ajenta, właściwy jest sąd, w którego okręgu ajent ten miał w czasie zawierania umowy swe miejsce zamieszkania lub siedzibę. Przeszczepiono więc na grunt polski dokładnie treść § 48 niemieckiej UUU.

Przepis ten ma służyć interesom ubezpieczającego. W Niemczech ukrywa się pod jego maską poprostu postanowienie, że ubezpieczający (obdarowany i t. d.) może wytoczyć powództwo przeciw zakładowi ubezpieczeń przed sądem w swojem własnem miejscu zamieszkania; bowiem niemieckie towarzystwa pracują przeważnie przy pomocy sieci organizacyjnej t. zw. ajentów lokalnych, tak że ajent i ubezpieczający mieszkają zwykle w tej samej miejscowości względnie okręgu tego samego sądu. I też tylko w tym wypadku przepis taki daje ubezpieczającemu realną, pozytywną korzyść. Lecz już w jego własnej niemieckiej ojczyźnie podnosiły się nieraz głosy krytyki przeciwko niemu (np. „Juristische Rundschau für die Privatversicherung", Berlin, rocznik 1926, str. 340). Istotnie: przepis ten jest zupełnie iluzoryczny dla ubezpieczającego, który przeprowadził się po zawarciu ubezpieczenia do innej miejscowości (wypadki takie znowu dotyczą w pierwszym rzędzie długoletniej asekuracji życiowej), albo jeżeli przy zawarciu ubezpieczenia pośredniczył ajent zamiejscowy.

Właśnie ten ostatni wypadek zachodzi w Polsce bardzo często. Bowiem u nas przeważa dotychczas system organizacyjny t. zw. ajentów objazdowych, którzy nieraz odbywają dalekie „rejsy" po całym kraju w celach akwizycyjnych. Jakąż realną korzyść ma ubezpieczający, zamieszkały np. w Wilnie, że zamiast w Warszawie (= siedziba zakładu ubezpieczeń) może wytoczyć powództwo w Łodzi albo w Radomiu dlatego, że stamtąd przyjechał do Wilna ajent ubezpieczeniowy i wśród licznych innych ubezpieczeń pozyskał także jego ubezpieczenie? Gorzej, jeżeli tę konfigurację (siedziba zakładu ubezpieczeń, miejsce zamieszkania ajenta w czasie pośredniczenia przy zawarciu umowy ubezpieczenia i miejsce zamieszkania ubezpieczającego przy wytoczeniu powództwa) tworzą miejscowości, położone w trzech różnych dzielnicach naszego kraju — wtenczas różnice ustawodawstwa dzielnicowego mogą łatwo odzwierciadlić się w tenorze wyroku. A jeszcze gorzej, jeżeli pośredniczący ajent mieszkał na obszarze Wolnego Miasta Gdańska — wtenczas proces między dwiema stronami, zamieszkałemi w Polsce i posiadającemi polskie obywatelstwo, może toczyć się poza granicami państwa. I tak w pewnym wypadku z tytułu umowy ubezpieczenia na życie, zawartej jeszcze w XIX wieku, proces z powództwa wdowy po zmarłym ubezpieczonym (obywatelki polskiej, zamieszkałej w Polsce, ale narodowości niemieckiej) przeciwko polskiemu towarzystwu ubez-

pieczeń toczył się przez wszystkie instancje wyłącznie w Gdańsku jedynie dzięki temu, że przy zawarciu ubezpieczenia (w XIX wieku!) pośredniczył ajent, zamieszkały w Gdańsku!

A z punktu widzenia czysto formalnego? Ajent nie jest stroną w umowie ubezpieczenia, a tylko pośrednikiem przy jej zawarciu, nie jest też stroną w procesie. Z miejscem zamieszkania względnie z siedzibą ajenta nie ma nic wspólnego ani miejsce zawarcia umowy ubezpieczenia, ani wejścia jej w życie, zwykle także miejsce przeprowadzenia pertraktacyj akwizycyjnych, ani miejsce pobytu ubezpieczonych przedmiotów czy interesów gospodarczych wzgl. ubezpieczonej osoby.

Zatem ani względy formalne, ani rzeczowe, ani praktyczne nie uzasadniają miejscowej właściwości sądu według miejsca zamieszkania względnie siedziby ajenta — chyba, że ubezpieczający mieszka w tej samej miejscowości, co ajent.

3) W końcu jeszcze kilka słów w sprawie okresu, przez przeciąg którego wnoszący o ubezpieczenie jest związany swoim wnioskiem. W drodze ustawowej nie reguluje polskie RTUU. tej kwestji wcale, zaś niemiecka UUU. tylko odnośnie ubezpieczenia ogniowego (§ 81) na 2 tygodnie. Natomiast austrjacka UUU. wyznacza dla *wszystkich* gałęzi ubezpieczeniowych okres 14 dni od dnia podpisania wniosku, zaś, jeżeli przed rozstrzygnięciem w sprawie wniosku odbyć się ma badanie lekarskie — okres miesięczny.

Do rozpatrzenia wniosku o ubezpieczenie na życie z badaniem lekarskiem zarząd zakładu ubezpieczeń nie może wcale przystąpić, póki nie otrzyma świadectwa lekarskiego. Jeżeli więc ubezpieczony — a dzieje się to często — uda się do lekarza dopiero pod koniec wspomnianego miesięcznego okresu, który, o ile przyjąć przepis austrjacki, już biegnie od daty wniosku, to zakład jest pozbawiony możności skrupulatnego rozpatrzenia sprawy i ewtl. zasięgnięcia potrzebnych uzupełnień czy informacyj (wiadomo, jak lekarze nieraz wypełniają formularz deklaracji lekarskiej). Z konieczności albo załatwia się wniosek tylko powierzchownie, „po łebkach", albo oddala się go — pierwsza alternatywa naraża zakład na wielkie ryzyko, a druga krzywdzi wnioskodawcę. Praktyka wytworzyła jednak swoisty sposób wybrnięcia z tego dylematu: Ajent pośredniczący inscenizuje zaraz przy podpisaniu wniosku o ubezpieczenie także badanie lekarskie i nieraz zdziwiłby się zapewne naczelny lekarz zakładu ubezpieczeń, gdyby wiedział, w jakich warunkach i w jaki sposób takie badanie się odbywa. Sposób taki niewątpliwie obniża potrzebną sumienność i akuratność — ze szkodą dla asekuracji.

W Niemczech liczy się wspomniany okres zawsze od badania lekarskiego (miesiąc, w wielu towarzystwach nawet 6 tygodni) i niemiecki urząd nadzoru zawsze aprobował umieszczenie takiego postanowienia w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie z badaniem lekarskiem. Zupełnie słusznie. Bowiem wniosek o takie ubezpieczenie jest dopiero kompletny, zatem może być uważany za złożony towarzystwu dopiero wtenczas, gdy istnieje świadectwo lekarskie. To też dopiero od dnia badania lekarskiego może rozpocząć się okres, przez przeciąg którego wnioskodawca jest związany swoim wnioskiem.

W tym wypadku tak ze względów praktycznych, jak i z motywów słuszności, niemiecki wzór bardziej nadaje się jako punkt wyjścia do unormowania tej kwestji w naszym kraju.

Jest konieczne, by wszelkie postanowienia przyszłej polskiej ustawy o umowie ubezpieczenia odznaczały się prostą i konsekwentną linją w swoich konstrukcjach prawnych, a przytem uwzględniały specyficzne warunki, w jakich asekuracja pracuje w naszym kraju, i torowały jej prostą drogę do normalnego i zdrowego rozwoju.

I. E.

PROF. IG. EICHSTAEDT.

UBEZPIECZENIA ZIEMIOPŁODÓW.

W krótkim dystansie po kilku ciężkich latach gradowych nawiedziła rolnictwo w ostatnich dwóch latach klęska posuchy na wielkich obszarach naszego kraju. W innych znowu okolicach powodzie, nadmierne deszcze, a także mrozy dały się rolnikom dotkliwie we znaki.

Te ogromne szkody, zwalające się za zrządzeniem losu corocznie na rolników, posiadają właśnie w naszym kraju wagę *ogólno-państwową*. Bowiem skoro 70% naszej ludności żyje z pracy w roli, a czwarta część naszego wywozu zagranicznego przypada na artykuły spożywcze, to wskazówka na naszym barometrze gospodarczym musi zawsze przesuwać się równolegle do sytuacji rolnictwa. Gdzie rolnik jest zamożny, tam zamożne jest całe społeczeństwo i państwo — głosili już fizjokraci w XVIII w. Dlatego właśnie dla naszego życia gospodarczego wyjątkowe znaczenie mają wszelkie ubezpieczenia ziemiopłodów, gdyż chronią one najliczniejszą warstwę naszego społeczeństwa od wstrząsów gospodarczych wskutek klęsk żywiołowych, uniezależniają jej gospodarczy byt od ciosów losowych. Ta świadomość pewności znakomicie oddziałuje na psychikę rolnika i polepsza poziom jego pracy.

Toć nie prosty przypadek, lecz bezpośredni związek przyczynowy sprawił, że nowoczesna uprawa i gospodarka rolna, jak i infiltracja systemu pieniężnego do niej rozpoczęła się jednocześnie z *asekuracją gradową* i rozwijała się równolegle do niej.

W Szkocji zawiązało się już w 1780 r. pierwsze towarzystwo ubezpieczeń od gradu. W ślad ten poszły niebawem Irlandja i właściwa Anglja. We Francji pierwsze zaczątki wzajemnych zrzeszeń, ubezpieczających od gradu na podstawie wzajemnych świadczeń pieniężnych, więc zrywających z dawnym w różnych krajach praktykowanym zwyczajem pomocy sąsiedzkiej w naturaljach w razie jakiejkolwiek klęski losowej, sięgają w niektórych departamentach może nawet połowy XVIII w.; konkretniejsze już ślady pochodzą z 1799 r. W Niemczech powstało pierwsze towarzystwo ubezpieczeń od gradu (również na podstawie wzajemności) w 1791 r. w Brunświgu, potem w 1797 r. w Neu-Brandenburg w Meklemburgji i t. d. Pierwsze na świecie akcyjne towarzystwo ubezpieczeń od gradu utworzyło się w 1822 r. w Berlinie. Szwajcarja uzyskała pierwsze towarzystwo gradowe w Bernie w 1825 r. W U. S. A. rozpoczęła się asekuracja gradowa założeniem w 1880 r. wzajemnego towarzystwa gradowego farmerów tytoniu w Connecticut. Pierwsze tworzywa w poszczególnych krajach cechowała nagół wielka prymitywność z winy braku doświadczenia i danych statystycznych.

Na ziemiach polskich wprowadziła „Dyrekcja Ubezpieczeń” w Warszawie w 1843 r. dział ubezpieczeń od gradu. Wiadomo, że rząd rosyjski rozwiązał tę instytucję w 1866 r. Na terenie Małopolski uprawiało Krakowskie Towarzystwo Ubezpieczeń asekurację gradową, począwszy od 1864 r. W 1901 r. założono w Warszawie osobne towarzystwo dla ubezpieczeń od gradu pod nazwą „Ceres”. Po powstaniu Polski zawiązało się w 1920 r. w Poznaniu Towarzystwo Wzajemnych Ubezpieczeń od Ognia i Gradobicia „Vesta”. Obecnie uprawiają w naszym kraju asekurację gradową: 5 towarzystw akcyjnych, 1 zakład wzajemny, 2 zakłady publiczne i 1 towarzystwo zagraniczne.

Lecz samo ubezpieczenie od gradu jest tylko cząstką problemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ziemiopłodów. Rolnikowi zagrażają także inne klęski losowe, wobec których jest tak samo bezsilny jak wobec gradu. Jak grad, tak i posucha, ulewne deszcze czyli nadmierna wilgoć, mrozy (w porze normalnej albo też spóźnionej) mogą wyrządzić poważne szkody w ziemiopłodach w każdej okolicy naszego kraju, chociaż stopień prawdopodobieństwa takich klęsk zależy od warunków geograficznych i topograficznych. Lecz gdy grad przeciąga zwykle tylko wąskiemi pasmami, inne wymienione tylko co klęski zwykle szeroko się rozprzestrzeniają, a nadto szkodliwy wpływ ich na roślinność zależy w wysokim stopniu od gleby i od uprawy jej; prześcigają one opady gradowe statystyczną nieregularnością jak i katastrofalnem natężeniem. Odnosi się to również do powodzi, na które jednak narażone są z reguły tylko pewne obszary (okolice górskie wzgl. podgórskie i nadbrzeża większych rzek). Słowem: Jeżeli już ubezpieczenie od gradu stanowi dla asekuracji ryzyko bardzo niebezpieczne, bo statystycznie nadzwyczaj trudno uchwytne, to bez porównania większe trudności piętrzą się przy asekuracji ziemiopłodów od innych wpływów atmosferycznych. To też dopiero ostatnie lata zdobywały się na pierwsze w tym kierunku próby.

Ideałem byłoby dla rolnika ubezpieczenie, któreby obejmowało *wszelkie* szkody w ziemiopłodach bez względu na rodzaj przyczyny losowej je powodującej. Tutaj towarzystwo ubezpieczeń odpowiadałoby, gdyby plon z hektara nie osiągał pewnej normalnej wydajności — i to manko musiałaby asekuracja pokrywać. Już to pobieżne naszkicowanie głównych zadań ujawnia ogromne trudności takiego wszechstronnego *ubezpieczenia od nieurodzaju.*

Zagadnienie takiej asekuracji niejednokrotnie rozważano w obecnym wieku w różnych krajach. Np. w Austrji domagano się w 1911 r. publicznego zakładu (z przywilejem przymusu) dla ubezpieczeń od nieurodzaju. W Rumunji wprowadził rząd w 1906 r. w związku z pewnemi reformami agrarnemi przy pomocy banków ludowych włościańską kasę ubezpieczenia od nieurodzaju kukurydzy, rozwiązano ją jednak już w 1907 r.. W Japonji istniało już wcześniej przez dłuższy czas podobne ubezpieczenie ryżu, subwencjonowane przez państwo.

Raz po raz pojawiały się cząstkowe rozwiązania problemu nakreślonej asekuracji. I tak z inicjatywy angielskiego komisarza wyspy Dominica przyjmowali niektórzy członkowie londyńskich Lloydów począwszy od 1905 r. ubezpieczenia ziemiopłodów na tej wyspie (za wyjątkiem bananów) od trzęsienia ziemi oraz od huraganów. Zaś towarzystwo „Excess Insurance

Company", którego akcjonarjuszami byli przeważnie członkowie Lloydów, podjęło w Anglji w 1911 r. ubezpieczenie ziemiopłodów od deszczu. Od mrozu ubezpieczał począwszy od 1919 r. w Bawarji tamtejszy publiczny zakład ubezpieczeń od gradu. W Z. S. R. R. rozszerzono w 1929 r. istniejące już przymusowe ubezpieczenie od gradu także na szkody wskutek zimna i wilgoci.

Na wielką skalę zrealizowały wszechstronną asekurację ziemiopłodów od nieurodzaju towarzystwa w Stanach Zjednoczonych Ameryki podczas wojny światowej. Amerykański styl i rozmach w rozwiązywaniu zagadnień gospodarczych wytknął asekuracji ziemiopłodów za zadanie: zapewnienie rolnikowi pewnego minimum *dochodu* z obsianego obszaru przez objęcie ubezpieczeniem możliwie wszelkich ryzyk, groźnych dla ziemiopłodów, przez co spodziewano się lepszego wyrównania, niż w ciaśniejszych ramach ubezpieczenia tylko od jednego ryzyka. Ochrona ubezpieczeniowa miała zatem obejmować tak szkody wskutek wpływów atmosferycznych, jak i straty, wyrządzane np. przez rdzę lub inne choroby roślinne, przez szarańczę i inne owady, przez gryzonie (myszy) i t. d. Obliczono, że np. owady niszczą corocznie około 10% zbiorów.

W 1917 r. zaofiarowały trzy akcyjne towarzystwa ogniowe na terenie stanów Montana, Dakota Północna i Dakota Południowa ubezpieczenie ziemiopłodów od wszelkich szkód włącznie gradu, ale za wyjątkiem ognia, powodzi, mrozu i nieumiejętnej uprawy roli. W tych granicach gwarantowało towarzystwo ubezpieczeń rolnikowi minimum dochodu 7 dol. z morga. W razie więc szkody całkowitej płaciło towarzystwo po 7 dol. odszkodowania od morga bez różnicy gleby, rodzaju zboża i t. d. Przy szkodzie częściowej odliczano od tej kwoty pozostałe zboże po cenie, zgóry ustalonej (dla każdego rodzaju zboża oddzielnie) w ogólnych warunkach ubezpieczenia bez względu na faktyczną cenę w czasie szkody wzgl. likwidacji jej. W konsekwencji ryzyko wahań cen na ziemiopłody w okresie od zawarcia ubezpieczenia ponosił wyłącznie rolnik. Oszacowanie szkody mogło oczywiście nastąpić dopiero po młócce. Ale właśnie wymienione trzy stany nawiedziła w 1917 r. straszna klęska posuchy. Pionierski eksperyment wypadł dla towarzystw fatalnie.

Nas, przekonanych wyznawców zasady, że ubezpieczenie w żadnym razie nie może być źródłem zysku, zastanowić musi przedewszystkiem wyznaczenie równego odszkodowania = 7 dol. od każdego morga bez uwzględnienia wszystkich tych indywidualnych czynników, w zależności od których tak obfitość plonu jak i dochód z niego osiągnięty waha się w szerokich granicach. Przecież przy takim równym strychulcu muszą zachodzić nader liczne wypadki tak niedoubezpieczenia jak i nadubezpieczenia. Amerykanin, także ubezpieczeniowiec, zapatruje się na to zagadnienie z innego punktu widzenia przy wszystkich ubezpieczeniach ziemiopłodów, także przy ubezpieczeniu np. tylko od gradu. Zadanie likwidatora szkodowego ogranicza się tutaj przy wszelkich systemach do stwierdzenia procentowej wysokości szkody. Jeżeli szkoda podpada pod ochronę ubezpieczeniową i oszacowano ją np. na 40%, to rolnik otrzymuje w każdym razie 40% sumy ubezpieczenia, chociaż może ubezpieczył się za wysoko albo za nisko. Może on nawet te same ziemiopłody ubezpieczyć w dwóch towarzystwach i w razie szkody otrzyma odszkodowanie od każdego z nich niezależnie od drugiego ubezpie-

czenia. Pojęcie asekuracji zbliża się tutaj do zakładu, uczynionego przez rolnika na spodziewaną wydajność roli względnie na spodziewany dochód za plon z niej.

Inne natomiast zagadnienie skupiło na sobie uwagę amerykańskiej asekuracji ziemiopłodów: zagadnienie wahań cen za nie w okresie czasu między zawarciem ubezpieczenia a terminem szkody wzgl. likwidacji jej. Widzieliśmy, że powyżej przedstawiony pierwszy amerykański system asekuracji od nieurodzaju pozostawiał ryzyko tych wahań na barkach rolnika, bowiem na wypadek szkody częściowej ceny za pozostałe, niezniszczone zboże były zgóry w polisie wyznaczone, nie uwzględniały więc późniejszych zmian.

Przykład: Rolnik w razie szkody zupełnej otrzymywał 7 dol. jako zagwarantowane minimum dochodu z morga obszaru. Jeżeli atoli szkoda była tylko częściowa, jeżeli sprzątnął z morga np. 3 buszle pszenicy, dla której w polisie wyznaczono zgóry cenę po 1 dol. za buszel, to jako odszkodowanie pozostawały 4 dol. Gdy cena za pszenicę spadła na 75 ct., to dochód rolnika z morga wynosił tylko dol. $4+3\times 0,75=$dol. 6,25, więc mniej niż zagwarantowane minimum 7 dol.

Po porażce z 1917 r. sprawa asekuracji od nieurodzaju przycichła w latach 1918 i 1919 zupełnie. Lecz w 1920 r. wystąpiły towarzystwa z dwiema nowemi odmianami pierwotnego systemu. Rozpowszechniła się odmiana, wprowadzająca następujące modyfikacje: Ubezpieczenie obejmowało wszelkie szkody w ziemiopłodach za wyjątkiem wyrządzonych przez ogień, wicher, tornado, nieumiejętną uprawę roli i przez grad (osobne ubezpieczenie gradowe było dozwolone). Kwota 7 dol. jako jednolite minimum dochodu z morga nie obowiązywała. Rolnik mógł ubezpieczyć sobie polisą taki dochód, jaki odpowiadał jego glebie, rodzajowi zboża i t. d. (np. 12 dol. z morga). Najważniejsze było jednak postanowienie, że przy szkodzie częściowej odlicza się od ubezpieczonej sumy wartość niezniszczonego zboża podług notowań giełdy, wzgl. podług ceny rynkowej w dniu definitywnej likwidacji szkody. Tutaj więc ryzyko wahań cen w okresie między zawarciem ubezpieczenia a likwidacją szkody było objęte ubezpieczeniem, czyli ponosi je w całości zakład ubezpieczeń. Zwyżka cen za zboże w ciągu wspomnianego okresu automatycznie obniżała przy tej samej szkodzie zobowiązanie szkodowe towarzystwa, a nawet mogła zupełnie umorzyć je. Zniżka cen działała automatycznie w przeciwnym kierunku, ale zawsze tak, że rolnikowi był zagwarantowany dochód z morga w wysokości ubezpieczonej (np. zawsze 12 dol. z morga).

Przykład: Rolnik oceniał przy zawarciu ubezpieczenia spodziewany plon pszenicy z morga na 12 buszli, to też ponieważ wówczas płacono za buszel pszenicy po 1 dol., ubezpieczył się na zagwarantowany dochód 12 dol. z morga. Jeżeli z tego obszaru nie sprzątnie nic wskutek suszy lub innego zdarzenia losowego, objętego ubezpieczeniem, to otrzyma 12 dol. odszkodowania za każdy mórg. Gdy z winy takiego zdarzenia losowego plon z morga wynosi tylko 8 buszli, to wysokość odszkodowania, jakie rolnik otrzyma, zależy od notowań pszenicy w dniu likwidacji szkody.

Przy cenie 1 dol. za buszel otrzyma dol. $12 - 8 \times 1 =$ dol. 4,
„ „ 1,25 „ „ „ „ „ $12 - 8 \times 1,25 =$ dol. 2,
„ „ 1,50 „ „ „ „ „ $12 - 8 \times 1,50 = 0$,

więc nie otrzyma żadnego odszkodowania, mimo że istnieje szkoda. Przeciwnie przy zniżkowej tendencji otrzyma rolnik większe odszkodowanie, np. przy cenie 80 ct. za buszel odszkodowanie podwyższa się na dolarów 12 — 8 × 0,80 = dol. 5,60 i t. d.

Tymczasem właśnie w 1920 r. nastąpił na giełdach amerykańskich ogromny spadek cen na wszelkie ziemiopłody, który drogo kosztował towarzystwa, uprawiające asekurację od nieurodzaju według tego systemu.

W kilka lat później wytworzył się w U. S. A. trzeci system, znacznie ostrożniejszy. Tutaj wyznacza się dochodowość z każdego obszaru indywidualnie na podstawie 5-letniej przeciętnej tak co do wydajności plonu jak i co do uzyskanej ceny z uwzględnieniem rodzaju gleby, obsiewu i t. d. (trudność tego systemu polega więc na t. zw. kolejnej zmianie ziemiopłodów na poszczególnym obszarze jak i na braku dokładnych zapisków corocznej wydajności i dochodowości poszczególnego obszaru). Ubezpieczyć mógł rolnik tylko 75% tej przeciętnej dochodowości. Do warunków ubezpieczenia wprowadzono wyznawaną u nas powszechnie zasadę „Ubezpieczenie nie może być nigdy źródłem zysku", ale zamaskowaną postanowieniami takiemi, jak: a) odszkodowanie nie może w żadnym wypadku przekroczyć sumy, za jaką można nabyć ten sam towar w tej samej jakości; b) nie może też przekroczyć ceny rynkowej plonu istotnie sprzątniętego. Jakie jest zastosowanie tych dwóch zasad przy regulacji szkód, wykazuje najlepiej następujący przykład:

Przykład: Przeciętna z 5-letniego okresu wynosi co do wydajności plonu i to pszenicy: 16 buszli z morga, zatem przy przeciętnej cenie 1 dol. za buszel wynika przeciętna dochodowość 16 dol. z morga. Rolnik ubezpiecza 75%, więc 12 dol. jako gwarantowany przez ubezpieczenie dochód z morga. Jeżeli sprzątnie tylko 8 buszli, ale uzyska za nie cenę po dol. 1,50, czyli razem 12 dol., to mimo szkody nie otrzyma żadnego odszkodowania, bo osiągnął ubezpieczone minimum dochodowości. Jeżeli natomiast cena giełdowa obniży się na 80 ct. za buszel, to w myśl postanowienia sub a) towarzystwo zaofiaruje mu odszkodowanie za zniszczone 4 buszle, więc w łącznej sumie dol. 3,20. Inaczej: Podstawę obliczenia odszkodowania stanowią zawsze notowania giełdy zbożowej w czasie szkody wzgl. likwidacji jej. Ale przy zwyżce cen ponad przyjętą przeciętną potrąca towarzystwo od ubezpieczonej sumy pozostałe, niezniszczone zboże po tejże dziennej cenie giełdowej, natomiast przy zniżce cen odszkodowuje zboże zniszczone. W obu wypadkach otrzyma rolnik tem mniejsze odszkodowanie, im więcej dzienne notowanie giełdowe różni się wgórę wzgl. wdół od przyjętej ceny przeciętnej. Istotnie jeżeli w powyższym przykładzie dzienna cena giełdowa zgadza się z przyjętą przeciętną = 1 dol. od buszla, to rolnik otrzyma najwyższe odszkodowanie = 4 dol.

Rzeczowe ustalenie wysokości składki jest naturalnie kwadraturą koła, a nawet z wykluczeniem ryzyka wahań cen napotyka ono na ogromne trudności, m. i. z braku danych statystycznych. Zebrany bardzo obfity materjał statystyczny (lecz niedostateczny dla celów ubezpieczeniowych) wykazuje w każdym razie, że najwięcej szkód wyrządza rolnictwu w U. S. A. susza; następują kolejno: nadmierna wilgoć, owady, upalne wiatry, choroby roślinne, a dopiero na jednem z dalszych miejsc grad!

Cena, otrzymywana przez rolnika za ziemiopłody, a zatem także od-

szkodowanie ubezpieczeniowe w razie szkody, składa się kalkulacyjnie z trzech składników, któremi są: 1) poczynione nakłady (wydatki) wzgl. amortyzacja inwestycyj; 2) oprocentowanie poczynionych wydatków (konieczne ze względu na obowiązek płacenia odsetek od zaciągniętych na ten cel kredytów); 3) spodziewany zysk z dobrych żniw, potrzebny dla utrzymania i należytego rozwoju warsztatu rolnego. Zwykłe ubezpieczenie ziemiopłodów (tak u nas zwykłe ubezpieczenie gradowe, jak i w U. S. A. także wszelkie odmiany asekuracji od nieurodzaju), obejmuje wszystkie trzy składniki. W 1927 r. wprowadziły towarzystwa w U. S. A., szczególnie w centralnym zachodzie, asekurację od nieurodzaju w ciaśniejszym zakresie; zwraca ona rolnikowi przy *każdej* losowej szkodzie w ziemiopłodach bez względu na jej przyczynę (za wyjątkiem jedynie ognia) wydatki, poczynione przezeń na robociznę, na zakup siewu, maszyn i t. d., słowem t. zw. wydatki rzeczywiste. Ubezpieczenie takie obejmuje więc z wymienionych elementów kalkulacyjnych tylko pierwszy, a pomija drugi i trzeci. Składka za takie ubezpieczenie jest stosunkowo bardzo niska (ca. 2% składki za ubezpieczenie gradowe).

Wszelkie pionierskie próby w zakresie asekuracji ziemiopłodów zasługują w każdym razie na baczną uwagę. Amerykańskie koncepcje włączenia do niej także ubezpieczenia od wahań cen, stawiają całą asekurację ziemiopłodów na innej płaszczyźnie, na której także z innych dziedzin gospodarczych zbiegają się tendencje, zmierzające do zapewnienia przedsiębiorcy, przy pomocy asekuracji, pewnego minimum dochodu z przedsiębiorstwa.

Prof. Ig. Eichstaedt.

KONRAD ROGÓYSKI.

AWARJA WSPÓLNA.

WYCIĄGI[1])

z autentycznego rozliczenia awaryjnego

dokonanego w dn. 15.III.1935 przez przysięgłego dyspaszera Z. w Hamburgu a dotyczącego przypadku awarji wspólnej na statku niemieckim E. C. B. podczas podróży z Gdańska do Dunkerki i Caen w sierpniu 1934.

I. Raport.

zameldowany w kancelarji Sądu Handlowego w Caen ustalający okoliczności w jakich powstały na statku E. C. B. szkody i straty zakwalifikowane jako awarja wspólna.

W dniu 28 sierpnia 1934 roku stawił się w kancelarji Sądu Handlowego w Caen Hans Bischoff kapitan statku *E. C. B.* tonaż rejestrowy którego wynosi 360,55 tonny, a załoga składa się z 11 ludzi, i zameldował, że wypadki, stanowiące przedmiot niniejszego raportu, zostały już przez niego podane do wiadomości Prezesa Sądu Handlowego w Dunkerce.

Statek *E. C. B.*, przy wyjeździe z Gdańska, był w dobrym stanie i zdatny był do żeglugi morskiej; posiadał on dobre olinowanie i wyposażony był we wszystko, co potrzebne jest do wyprawy morskiej; na statku załadowane było tarte drewno, przeznaczone do Dunkerki i Caen; otwory, w których mieszczą się schody, i luki były należycie zakryte i zabezpieczone; maszt i pompy były dostatecznie zaopatrzone w smary.

Statek *E. C. B.* opuścił Gdańsk 17 sierpnia 1934 o godzinie 14,20; wiatr był ONO; siła wiatru 4—6; morze było przykre; wysokie fale uderzały o pokład i ładunek pokładowy (Deckladung); statek pracował z trudnością, zataczając się silnie i kołysząc; groziło mu ciągle wielkie niebezpieczeństwo.

18 sierpnia 1934 burza trwała nadal; siła wiatru dosięgała 5 — 7; wiatr był zachodni i północny; morze było wciąż niezwykle wzburzone; wielkie fale wdzierały się na pokład i zalewały ładunek pokładowy. Statek z wielkiem natężeniem pracował i miał stały przechył na prawą burtę do 20°; załoga pracowała z całą energją, aby utrzymać ładunek na pokładzie. Pomimo wszystkich wysiłków przechył się nie zmniejszył i naskutek tego, dla uratowania statku i ładunku, postanowiono pewną część

[1]) Uzupełnienie części drugiej, zatytułowanej *Rozliczenia awaryjne (Dyspasza)*, początek której wydrukowany został w Nr. 6 Przeglądu Ubezpieczeniowego, rok 1935.

ładunku pokładowego wyrzucić do morza w celu przywrócenia statkowi równowagi; kapitan określa wyrzuconą do morza ilość ładunku na 4 — 7 standartów.

Po zastosowaniu tego zabiegu ratunkowego pochył statku dosięgał jeszcze wciąż około 6°. Sondowanie zenz[1]) wykazało, że poziom wody w nich dosięga 35 cali. O godzinie 11 minut 15 statek położył się nagle na lewą burtę i przechył dosięgał 20°. Załoga znów zaczęła przesuwać ładunek pokładowy aby statek naprostować; część ładunku z lewej strony pokładu przesunięta została na prawą stronę, a pewną ilość ładunku pokładowego znowu wyrzucono do morza; kapitan określa wyrzuconą tym razem ilość na 2 — 3 standartów. Jednocześnie załoga pompowała wodę z zenz i o godzinie 14 statek odzyskał równowagę; ładunek został ponownie uporządkowany i obliczono jego pozostałą ilość.

19 sierpnia 1934 siła wiatru osłabła i sięgała 6—3; wiatr był początkowo O N O później O S O.

W południe pękła rura w aparacie do parowego sterowania i trzeba było zastąpić go sterem ręcznym. O godzinie 19 statek zawinął do Holtenau, gdzie dokonano tymczasowej naprawy steru.

20 sierpnia 1934 o godzinie 4 statek wjechał do kanału Cesarza Wilhelma, a wyjechał z niego o 12,30; o godzinie 15 pilot opuścił pokład. Pogoda była bardzo zła; siła wiatru 3—7; wiatr był S S O, a później wschodni; wielka fala zalewała statek i ładunek na pokładzie.

Wśród silnych wstrząśnień i kołysań statek zmagał się z olbrzymią falą, ciągle w obliczu groźnego niebezpieczeństwa.

21 sierpnia 1934 morze było bardzo wzburzone; wiatr wiał z zachodu; siła wiatru 8—9; statek pracował wciąż z wielkim wysiłkiem.

22 sierpnia 1934 siła wiatru wynosiła 6—3; o godzinie 23,30 statek wjechał na redę Dunkerki i wziął pilota na pokład.

23 sierpnia 1934 statek wszedł do portu w Dunkerce i o godzinie 1 minut 15 został przycumowany do mola.

Wobec fatalnej pogody, w jakiej odbywała się podróż, kapitan złożył niniejszy raport:

Znaczna ilość drewna była z rozmysłem wyrzucona do morza dla ocalenia statku i ładunku; woda zalała zenzy i luki[2]); kapitan nie mógł jeszcze dokładnie ustalić przyczyn zalania, ale prawdopodobnie było ono następstwem nawałnicy; różne gatunki drewna pomieszały się podczas podróży, zwłaszcza w trakcie prostowania statku.

Dalej kapitan oświadczył, że 24 sierpnia 1934 o 23 godzinie statek *E. C. B.* wyruszył w dalszą podróż z Dunkerki, po wyładowaniu partji drewna przeznaczonego dla tego portu.

Przy sprzyjającej pogodzie statek wjechał 25 sierpnia 1934 o godzinie 17 minut 45 na redę Ouistrehamu, a do portu w Ouistreham wszedł 25 sierpnia 1934 o godzinie 23 minut 20 i zatrzymał się przy kanale.

26 sierpnia 1934 o godzinie 5 minut 30 statek wszedł do kanału i przybił o godzinie 7 minut 10 w Caen do miejsca przeznaczonego na wyładowanie.

---

[1]) Zenzami nazywane są specjalne zbiorniki na wodę przedostającą się do wnętrza spodu statku.

[2]) Luki są to pomieszczenia podpokładowe przeznaczone na ładunek.

Zważywszy, że stawający przed Sądem nie może być pociągnięty do odpowiedzialności z tytułu zameldowanych wypadków, gdyż tak z jego strony jak i ze strony załogi żadnej winy dopatrzeć się nie można, zastrzegł on sobie prawo uzupełnienia tego raportu dalszemi wywodami i po stwierdzeniu przysięgą poczynionych zeznań, które mu zostały odczytane, niniejszy raport podpisał (—) H. Bischoff.

Zarejestrowano w Caen w biurze aktów sądowych 5 września 1934; pobrano tytułem opłat 34 Fr. (następują podpisy sędziego i urzędników sądowych w Caen).

28 sierpnia 1934 stawili się przed sądem Handlowym w Caen: maszynista statku *E. C. B.* Karol Fisch lat 57 i marynarz Walter Frosch lat 29 i pod przysięgą potwierdzili wiarogodność zeznań kapitana statku *E.C.B.* Hansa Bischoffa, a po przeczytaniu im raportu niniejszego podpisali (—) Fisch, (—) Frosch.

II. Ocena wartości statku.

Wizja statku E. C. B., dokonana celem ustalenia jego wartości handlowej przez Inżyniera - eksperta Raoula Charmant w Caen.

Na wniosek maklera René Petit, działającego w imieniu i na rzecz kapitana Bischoffa, komendanta statku *E. C. B.*, niżej podpisany Raoul Charmant, inżynier i rzeczoznawca okrętowy udał się w dniach 28 i 29 sierpnia 1934 na pokład wyżej wymienionego statku w celu oszacowania jego obecnej wartości.

Zbadane zostały dokładnie: kadłub okrętu, urządzenia maszynowe i instalacje parowe, przyrządy ratunkowe i kotwiczne oraz aparaty do manewrowania.

Uwzględniono również sprzedażne ceny, faktycznie osiągnięte w ostatnich czasach za statki tego samego typu i wielkości, posiadające takie samo olinowanie, jak *E. C. B.*

Wzięto przytem pod uwagę, że: 1) statek *E. C. B.* jest zaliczony do pierwszej klasy niemieckiego Lloydu i że 2) statek ten, rzekomo podczas ostatniej podróży, silnie ucierpiał, na co wskazują — wykruszenie się cementu między wręgami [1]), przecieki nitów i szwów w zagięciach dna, jak również przecieki w uszczelnieniach wręg dennych i poszycia oraz szpary w niektórych nakładach na stykach pasów w ładowniach; dowodzą tego również wstrząsy, jakie odczuwać się dają podczas ruchu statku.

Taki wynik oględzin statku upoważnia mnie do oszacowania jego wartości w obecnym stanie na 450 franków za tonnę nośności ładunkowej, z potrąceniem 50 franków od tonny za zdezelowanie i przedwczesne zużycie, co ostatecznie uczyni 400 franków za tonnę.

Z uwagi na powyższe oszacować można wartość 1000 tonn nośności ładunkowej (taka bowiem jest pojemność ładunkowa statku *E. C. B.)* na 400.000 franków.

---

[1]) Wręga stanowi część szkieletu statku.

Sporządzono zgodnie z obowiązującem prawem w Caen w dniu 30 sierpnia 1934 (podpisał) *Raoul Charmant.*

III. Rozporządzenia stron w konosamentach dotyczące awarji wspólnej.

Zgodnie z rozporządzeniem stron, zastrzeżonem we wszystkich konosamentach, rozliczenie awarji wspólnej (dyspasza) odbyć się winno według York Antwerp Rules z 1924 roku w miejscu przeznaczenia wyprawy lub też w Hamburgu, zależnie od woli i wyboru armatora.

IV. Szkody i straty

poniesione w związku z awarją wspólną przez ładunek.

A. *Konosament Gdańsk — Dunkerka Nr. 3.*

wartość wysłanego tartego drewna wynosi R.M. 5699.33
wysyłający: Polska ajencja ekspedycji drewna w Gdańsku „Paged"
odbiorca: Agence G. Lemettre Paris
reklamant: Gdynika — maklerzy ubezpieczeń morskich w Gdyni

wartość rynkowa wyrzuconego do morza drewna wynosi	R.M. 773.58
koszty wyładowania, obliczenia i klasyfikacji pozostałości w Dunkerce łącznie z wynagrodzeniem rzeczoznawców	„ 158.03
razem	R.M. 931.61
dochodzą procenty w stosunku 5% rocznie obliczone do daty rozliczenia awaryjnego	„ 26.27
szkoda wynikająca z awarji wspólnej wynosi ogółem . . .	R.M. 957.88

B. *Konosament Gdańsk — Dunkerka Nr. 8*

wartość wysłanego tartego drewna wynosi R.M. 1027. 22
wysyłający: Max Weichmann Gdańsk
odbiorca: Société Industrielle de l'Artois Cambrai
reklamant: Baseler Transport Versicherungs Gesellschaft Basel

wartość rynkowa wyrzuconego do morza drewna wynosi	R.M. 230.34
zaoszczędzona część frachtu z tego tytułu do potrącenia	„ 31.72
pozostaje	R.M. 198.62
koszty wyładowania, obliczenia i klasyfikacji pozostałości w Dunkerce łącznie z wynagrodzeniem rzeczoznawców	„ 68.97
razem	R.M. 267.59
dochodzą procenty w stosunku 5% rocznie obliczone do daty rozliczenia awaryjnego	„ 7.54
szkoda wynikająca z awarji wspólnej wynosi ogółem . . .	R.M. 275.13

C. *Konosament Gdańsk — Caen Nr. 13*

wartość wysłanego tartego drewna wynosi R.M. 31523.02
wysyłający: Industrie Exportation de bois „Bois de Nord" agence à Danzig

odbiorca: S. A. des auciens établissements „L. Lavare & Co" Caen
reklamant: Baseler Transport Versicherungs Gesellschaft Basel

wartość rynkowa wyrzuconego do morza drewna wynosi	R.M. 870.69
zaoszczędzona część frachtu z tego tytułu do potrącenia	„ 183.71
pozostaje	R.M. 686.98
koszty wyładowania, obliczenia i klasyfikacji pozostałości w Caen łącznie z wynagrodzeniem rzeczoznawców	„ 203.04
razem	R.M. 890.02
dochodzą procenty w stosunku 5% rocznie obliczone do daty rozliczenia awaryjnego	„ 24.48
szkoda wynikająca z awarji wspólnej wynosi ogółem . . .	R.M. 914.50

Ogółem poniesione przez ładunek szkody i straty wynikające z awarji wspólnej wynoszą: R.M. 957.88 + R.M. 275.13 + R.M. 914.50=**R.M. 2147.51** *(w tem kapitalna suma R.M. 2089.22 i procenty R.M. 58.29).*

V. Udział ładunku w awarji wspólnej.

Zestawienie wszystkich pozycyj ładunku, tak tych przesyłek, które ucierpiały podczas awarji wspólnej (konosamenty N.N. 3, 8 i 13) jak i tych, które pozostały nieuszkodzone (konosamenty N.N. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11 i 12) celem ustalenia ogólnej wartości ładunku, jaka stanowi podstawę do określenia udziału tegoż ładunku w pokryciu szkód i strat awarji wspólnej — z uwzględnieniem wysokości poniesionych przez ładunek ofiar i wydatków z awarją wspólną związanych — daje wyniki następujące:

Ogólna wartość ładunku, która ponosi proporcjonalną odpowiedzialność za awarję wspólną, wynosi

R.M. 43.895.—

Odszkodowanie, przypadające z tytułu awarji wspólnej na cały ładunek, wynosi

R.M. 2.089.22

Procenty od sumy odszkodowania do dnia rozliczenia awaryjnego w stosunku 5% rocznie

R.M. 58.29

Udział całego ładunku w pokryciu ostatecznej sumy odszkodowania awaryjnego, obliczony zgodnie z wysokością awarji wspólnej (2,41% vide pozycję VIII) wynosi

R.M. 1057.87

Ogólna suma składek (contributions), które wnoszą nieuszkodzone pozycje ładunku t. j. konosamenty N.N. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11 i 12 wynosi

R.M. 315.23

Pozycje ładunku, które ucierpiały podczas awarji wspólnej t. j. konosamenty N.N. 3, 8 i 13, po uwzględnieniu ich udziału w szkodach i stratach awaryjnych, otrzymują tytułem odszkodowania awaryjnego (kompensaty awaryjnej)

R.M. 1404.87

VI. Ogół szkód i strat zaliczonych do awarji wspólnej.

Zaliczone do awarji wspólnej koszty zameldowania raportu w Sądzie; wynagrodzenie rzeczoznawcy R. Charmant z Caen; koszty tłomaczeń i sporządzenia różnych dokumentów	R.M.	163.61
Strata, poniesiona przez cały ładunek	„	2147.51
Strata, poniesiona na przewoźnem (frachcie) po potrąceniu zaoszczędzonych pozycyj kosztów wyładowania i doliczeniu procentów	„	201.02
2% prowizji od udzielonych zaliczek	„	3.27
5% od sum awansowanych na wydatki	„	4.45
za sporządzenie rozliczenia awaryjnego	„	125.99
za 5 odpisów tegoż rozliczenia	„	57.74
Suma awarji wspólnej wynosi	R.M.	2703.59

VII. Kategorje wartości ponoszące odpowiedzialność za awarję wspólną.

Statek

wartość w stanie uszkodzonym zgodnie z oceną rzeczoznawcy Frs. 400.000 (po kursie z dnia 27.VIII.1934 à R.M. 16.52) . . . . R.M. 66.080

Ładunek

wartość ładunku, która ponosi proporcjonalną odpowiedzialność za awarję wspólną 43.895

Przewoźne (fracht)

płatne w miejscach przeznaczenia wynosiło R.M. 5.208.50

po potrąceniu:

zgodnie z §17 York Antwerp Rules 1924 wydatków portowych, kosztów wyładowania i żołdu załogi w sumie . . . R.M. 2981.48

pozostaje R.M. 2227.02

odlicza się stratę na frachcie pozycyj wyrzuconych do morza . . . . R.M. 215.43

pozostaje R.M. 2011.59

Po dodaniu odszkodowania przypadającego na przewoźne za awarję wspólną . . R.M. 195.64

część przewoźnego (frachtu) która ponosi proporcjonalną odpowiedzialność za awarję wspólną wynosi . . . . . R.M. 2207.23 „ 2.207

ogólna suma wartości ponoszących odpowiedzialność za awarję wspólną wynosi . . . . R.M. 112.182

VIII. Wysokość awarji wspólnej określona procentowo.

Na podstawie wyżej zamieszczonych cyfr bierna masa, czyli ogół szkód i strat spowodowanych przez awarję wspólną stanowi sumę R.M. 2703.59, a czynna masa, czyli wszystkie wartości, które ponoszą proporconalną odpowiedzialność za awarję wspólną stanowią sumę R.M. 112.182.

Wzajemny stosunek obu wzmiankowanych mas wyraża procentowo

$$\text{wysokość awarji wspólnej} \frac{2703.59 \cdot 100}{112.182} = 2.41\%$$

IX. Repartycja awarji wspólnej.

Statek	R.M. 66.080 —	składka R.M. 1592.53
Ładunek	„ 43.895 —	„ „ 1057.87
Przewoźne (fracht) . .	„ 2.207 —	„ „ 53.19
	R.M. 112.182	R.M. 2703.59

YORK-ANTWERP RULES (1924)

PRAWIDŁA YORK - ANTWERPSKIE

opracowane w 1924 roku
(tłumaczenie tekstu angielskiego).

Prawidła ogólne.

A.

Akt awarji wspólnej ma miejsce jedynie i wyłącznie wówczas, kiedy, w celu wspólnego ratunku, poniesione zostały z rozmysłem i rozwagą nadzwyczajne ofiary lub nadzwyczajne koszty dla ochrony zaangażowanych we wspólnej wyprawie morskiej wartości od grożącego im niebezpieczeństwa.

B.

Różne kategorje interesów, uczestniczące w pokryciu awarji wspólnej, ponoszą na zasadach poniżej określonych ofiary i wydatki, poczynione w związku z tą awarją.

C.

Tylko takie szkody, straty i wydatki stanowić będą awarję wspólną, które są bezpośredniem następstwem aktu awarji wspólnej.

Szkody i straty, spowodowane zwłoką w podróży, poniesione bądź przez statek bądź przez ładunek, jak również pośrednie straty z tej samej przyczyny wynikające, jak np. utracone zyski lub niepomyślna konjunktura na rynku, nie będą uznane jako awarja wspólna.

D.

Prawo do odszkodowania awaryjnego pozostaje w swej mocy, pomimo iż zdarzenie, które wywołało ofiary i wydatki, jest następstwem winy jednego z uczestników wyprawy; nie będzie to jednak przesądzało prawa ewentualnego regresu do tego uczestnika wyprawy, który zawinił.

E.

Ciężar dowodowy zaliczenia strat lub wydatków do awarji wspólnej spoczywa na tej stronie, która wnosi pretensję o odszkodowania awaryjne.

F.

Każdy wydatek nadzwyczajny, poniesiony wzamian wydatku, który mógł byłby być zaliczony do awarji wspólnej, stanowić będzie sam przez

się awarję wspólną i podlegać będzie odszkodowaniu, jednakowoż tylko do wysokości zaoszczędzonego w ten sposób wydatku awaryjnego.

G.

Rozliczenie awarji wspólnej dokonane być winno tak co do uznania strat, jak i co do wysokości składek na ich pokrycie, na podstawie wartości, ustalonych w miejscu i chwili zakończenia wyprawy.

Prawidło niniejsze nie przesądza miejsca, w którem rozliczenie awaryjne uskutecznione być winno.

Prawidła szczególne.

I.

Wyrzucenie ładunku.

Wyrzucenie ładunku do morza nie podlega odszkodowaniu w awarji wspólnej, jeżeli ładunek ten nie był przewożony zgodnie z przyjętemi zwyczajami w danej dziedzinie handlu.

II.

Szkody spowodowane wyrzuceniem ładunku do morza lub ofiarami, poniesionemi dla wspólnego bezpieczeństwa.

Do awarji wspólnej zaliczone będą szkody, wyrządzone statkowi lub ładunkowi łącznie albo każdemu z nich oddzielnie, spowodowane poniesionemi dla wspólnego bezpieczeństwa ofiarami lub ich następstwami ,jak również szkody, wyrządzone przez wodę, która przedostała sie do komór okrętowych przez otwarte luki lub poczynione umyślnie inne otwory dla wyrzucenia do morza ładunku, w interesie wspólnego bezpieczeństwa.

III.

Gaszenie pożaru na statku.

Do awarji wspólnej zaliczone będą szkody, wyrządzone statkowi i ładunkowi łącznie lub każdemu z nich oddzielnie przez gaszenie pożaru na statku wodą albo innemi sposobami, łącznie z temi szkodami, które wynikną naskutek osadzenia lub przedziurawienia płonącego statku; zastrzega się jednak, że żadne odszkodowanie nie będzie przyznane: ani za uszkodzenie części statku, ani za uszkodzenie ładunku przewożonego luzem, ani za uszkodzenie oddzielnych pakunków, jeżeli były objęte pożarem.

IV.

Usunięcie uszkodzonych części statku.

Szkody i straty, spowodowane usunięciem szczątków i pozostałości masztów lub innych przedmiotów, które uprzednio, wskutek wypadku na morzu, zostały zerwane, nie stanowią awarji wspólnej.

V.

Rozmyślne osadzenie (utknięcie).

Kiedy statek osadzony został z rozmysłem na lądzie w takich okolicznościach, że jeżeliby ten środek ratunkowy nie został zastosowany, statek niechybnie zapędzony byłby na skały lub ląd, szkody i straty poniesione łącznie lub oddzielnie przez statek, przewoźne (fracht) i ładunek, naskutek takiego utknięcia, nie będą zaliczone do awarji wspólnej.

Natomiast we wszystkich innych wypadkach, kiedy statek dla wspólnego bezpieczeństwa został rozmyślnie osadzony na lądzie, szkody i straty z tego tytułu wynikłe zaliczone będą do awarji wspólnej.

VI.

Nadmierne użycie żagli, uszkodzenie lub utrata żagli.

Uszkodzenie lub utrata żagli albo masztów, względnie jednych i drugich, spowodowane podjętemi w interesie wspólnego bezpieczeństwa usiłowaniami ściągnięcia na wodę statku, który utknął na lądzie, względnie usiłowaniami wciągnięcia statku na płytką wodę, będą zaliczone do awarji wspólnej; szkody jednak i straty naskutek nadmiernego użycia żagli poniesione przez statek, ładunek i fracht łącznie lub przez każdą z tych pozycyj oddzielnie, w trakcie kiedy statek był w normalnym biegu, nie stanowią awarji wspólnej.

VII.

Szkody w maszynach podczas ściągania statku z mielizny.

Jeżeli maszyny lub kotły statku, który utknął na lądzie w niebezpiecznej pozycji, zostały uszkodzone podczas usiłowań ściągnięcia statku, szkodę taką należy zaliczyć do awarji wspólnej, jeżeli zostanie stwierdzone, że jest ona wynikem powziętego w interesie wspólnego bezpieczeństwa zamiaru ściągnięcia statku na wodę, który wykonany został z ryzykiem takiej szkody; natomiast nie zalicza się do awarji wspólnej szkód i strat w maszynach i kotłach, wynikłych podczas ich działania wtedy, gdy statek był w normalnym biegu.

VIII.

Wydatki i szkody pozostające w związku z odciążeniem statku w wypadku utknięcia.

Jeżeli, w wypadku utknięcia statku, wyładowanie ładunku, paliwa i wyposażenia statku odbywa się w całości lub w części, w okolicznościach stanowiących akt awarji wspólnej, wtedy do tej awarji zalicza się dodatkowe koszty: odciążenia, wynajęcia lichtug dla wyładowania i w razie potrzeby dla ponownego załadowania, jak również ewentualne ztąd wynikające szkody i straty.

IX.

Zużycie inwentarza i wyposażenia statku jako paliwa.

Inwentarz i/lub wyposażenie statku, zużyte z konieczności jako paliwo, w interesie wspólnego bezpieczeństwa, jedynie i wyłącznie wówczas zaliczone będą do awarji wspólnej, kiedy statek zaopatrzony był obficie w należyte zapasy paliwa; w tym wypadku jednakże określoną będzie ilość paliwa, która w drodze przypuszczalnego obliczenia byłaby zużyta i wartość tej ilości, oszacowana według przeciętnej ceny, notowanej w dniu wyjazdu, w porcie z którego statek ostatnio wyszedł, zapisaną będzie na rachunek awarji wspólnej.

X (a).

Wydatki w porcie schronienia i t. d.

Jeżeli statek z powodu wypadku, poniesionych ofiar albo innych nadzwyczajnych okoliczności zmuszony został, dla wspólnego bezpieczeństwa, zawinąć do portu lub miejsca schronienia albo też — powrócić do portu lub miejsca załadowania, wydatki związane z zawinięciem do portu lub miejsca schronienia, będą zaliczone do awarji wspólnej; przy wyjściu statku z tej miejscowości, z całością lub częścią pierwotnie posiadanego ładunku, odnośne koszty wyjazdu, będące następstwem tego zawinięcia lub powrotu, zaliczone zostaną również do awarji wspólnej.

X (b).

Koszty przeładowywania na statku lub wyładowania ładunku, paliwa jak również wyposażenia okrętowego, bądź w porcie lub miejscu załadowania, bądź — zlecenia lub schronienia, zalicza się do awarji wspólnej, jeżeli przeładowywanie na statku lub wyładowanie było niezbędne dla wspólnego bezpieczeństwa, lub dla umożliwienia naprawy uszkodzeń statku, spowodowanych poczynionemi ofiarami lub wypadkami losowemi, o ile naprawa była konieczna dla zabezpieczenia dalszej podróży.

X (c).

We wszystkich przypadkach, w których koszty przeładowywania na statku lub wyładowania ładunku, paliwa albo wyposażenia okrętowego zalicza się do awarji wspólnej, należy zaliczyć do niej jeszcze koszty ponownego załadowania i umieszczenia na statku tego mienia, jak również wszelkie koszty składu (w tem rzeczywiste koszty ubezpieczenia od ognia).

Jeżeli jednak zachodzi wypadek kondemnacji statku (uznanie, iż statek jest niezdatny do użytku lub niewart naprawy) albo wypadek zaniechania zamierzonej pierwotnie podróży, nie zalicza się do awarji wspólnej kosztów składu, które powstały po dacie kondemnacji statku lub po dacie zaniechania podróży.

W razie kondemnacji statku albo w razie zaniechania podróży przed ukończeniem wyładowania, należy koszty składu, o których wyżej mowa, poniesione do dnia ukończenia wyładowania, zaliczyć do awarji wspólnej.

X (d).

Jeżeli statek dotknięty awarją znajdzie się w porcie lub miejscu, gdzie praktycznie byłaby dopuszczalna jego naprawa dla umożliwienia dalszej podróży z całym ładunkiem, jednakże w celu zaoszczędzenia kosztów zapadła decyzja aby: holować statek ztamtąd do innego portu lub miejsca naprawy lub też do portu przeznaczenia, albo przeładować w całości lub w części ładunek na inny statek, albo też wyprawić ładunek w jakikolwiek inny sposób — wtedy te koszty nadzwyczajne, które powstały wskutek holowania statku, przeładowywania i wysłania ładunku lub wskutek jednego z tych zabiegów, obciążą wszystkich uczestników wyprawy (do wysokości sumy zaoszczędzonych wydatków) w tym stosunku, w jakim każda ze stron w wyprawie uczestnicząca odpowiadała by za pokrycie zaoszczędzonego wydatku.

XI.

Żołd i utrzymanie załogi w porcie schronienia i t. d.

W razie normalnego lub przedłużonego postoju statku w porcie lub innej miejscowości, w okolicznościach lub dla celów naprawy, przewidzianych w prawidle X, żołd i koszty utrzymania kapitana, oficerów i reszty załogi, za czas takiego nadzwyczajnego postoju w tym porcie lub miejscowości, zaliczone będą do awarji wspólnej, aż do chwili, kiedy statek będzie faktycznie gotów lub powinien być gotów do odbywania dalszej podróży.

W przypadku kondemnacji lub zaniechania pierwotnie zamierzonej podróży, wzmiankowane wyżej: żołd i koszty utrzymania zaliczone będą do awarji wspólnej tylko do dnia kondemnacji lub zaniechania podróży.

Jeżeli kondemnacja lub zaniechanie podróży nastąpi przed ukończeniem wyładowania statku, to żołd i koszty utrzymania załogi zaliczone będą do awarji wspólnej, aż do daty ukończenia tych czynności.

XII.

Uszkodzenie ładunku podczas wyładowania i t. d.

Szkody lub straty, poniesione przez ładunek, paliwo lub wyposażenie statku podczas przeładowywania na statku, wyładowania, przechowania na lądzie, ponownego załadowania i umieszczenia na statku, będą zaliczone do awarji wspólnej jedynie w tym wypadku, kiedy same koszty dokonania tych czynności stanowią awarję wspólną.

XIII.

Potrącenia z kosztów naprawy.

Przy rozliczeniu awaryjnem stosowane będą potrącenia z rzeczywistych kosztów naprawy, wyrażające różnicę pomiędzy wartością nowych i starych części, na zasadach następujących:

STATKI Z ŻELAZA LUB STALI.

W okresie od daty pierwszego zarejestrowania do daty wypadku jeżeli:

A. Wiek statku nie przekracza jednego (1) roku.

Wszystkie naprawy będą odszkodowane całkowicie, z wyjątkiem kosztów malowania i zaprawiania dna statku, z których potrąca się jedną trzecią.

B. Wiek statku — od jednego (1) roku do trzech (3) lat.

Od naprawy i odnowienia drewnianych części kadłuba statku, masztów i słupów, sprzętów, obić ściennych, naczyń, przedmiotów metalowych i szklanych, jak również żagli, osprzętu, lin stalowych, ciągów (szkotów), lin holowniczych (za wyłączeniem metalowych i łańcuchów), płacht słonecznych, pokrowców i robót malarskich — odlicza się jedną trzecią.

Od osprzętu metalowego, od zwykłych lin drucianych i od lin holowniczych drucianych, od instalacyj telegrafu bez drutu, od łańcuchów kotwicznych i zwykłych łańcuchów, od izolatorów, maszyn pomocniczych, parowych przyrządów do sterowania i ich akcesorjów, od wind parowych i ich połączeń, jak również od maszyn elektrycznych — odlicza się jedną szóstą; inne naprawy będą odszkodowane całkowicie.

C. Wiek statku od trzech (3) lat do sześciu (6) lat.

Potrącenia, jak wyżej pod literą B., z tą zmianą, że od izolatorów potrąca się jedną trzecią, a od żelaznych części masztów i słupów oraz od wszystkich maszyn (z kotłami i ich ustawieniem włącznie) potrąca się jedną szóstą.

D. Wiek statku od sześciu (6) do dziesięciu (10) lat.

Potrącenia, jak wyżej pod literą C., wyjąwszy: wszystkie żelazne części masztów i słupów, maszyny pomocnicze, przyrządy parowe do sterowania, windy, dźwigi i ich połączenia, koszty naprawy i odnowienia wszystkich maszyn z kotłami i ich ustawieniem włącznie, instalacje telegrafu bez drutu i wszystkie liny holownicze, liny stalowe, ciągi (szkoty) oraz wszystek osprzęt — od czego potrąca się jedną trzecią.

E. Wiek statku od dziesięciu (10) do piętnastu (15) lat.

Od wszystkich napraw i odnowień odlicza się jedną trzecią, za wyłączeniem żelaznych części kadłuba statku, części cementowych i łańcuchów kotwicznych, od których odlicza się jedną szóstą część.

Kotwice uwzględnia się całkowicie.

F. Wiek statku ponad piętnaście (15) lat.

Od wszystkich kosztów naprawy i odnowienia odlicza się jedną trzecią.

Kotwice będą odszkodowane całkowicie; od łańcuchów kotwicznych potrąca się jedną szóstą.

G. Przepisy zasadnicze ogólnie obowiązujące.

Przy potrąceniach (za wyłączeniem prowiantu, przedmiotów wyposażenia statku, izolatorów, instalacyj telegrafu bez drutu, maszyn i kotłów)

uwzględnia się wiek statku, a nie okres trwania tej poszczególnej części, której potrącenia dotyczą.

Za malowanie dna nie daje się żadnego odszkodowania, jeżeli ostatnie malowanie było dokonane dawniej, niż sześć miesięcy, przed datą wypadku.

Od starych materjałów, które zostały naprawione, ale nie zamienione nowemi częściami, od prowiantu, przedmiotów wyposażenia i inwentarza okrętowego, które nie były w użyciu — potrąceń żadnych się nie czyni.

STATKI Z DRZEWA LUB MIESZANEJ KONSTRUKCJI.

W razie jeżeli wiek statku w momencie wypadku nie dosięga jednego roku, licząc od daty pierwszego zarejestrowania, potrącenia z tytułu różnicy między nowemi i staremi pozycjami nie będą dokonywane.

Po upływie rocznego okresu potrącona będzie jedna trzecia część z wyjątkami następującemi:

Za kotwice przyznane będzie całkowite odszkodowanie. Od łańcuchów kotwicznych potrącona będzie jedna szósta.

Odszkodowanie za prowianty i przedmioty, stanowiące inwentarz statku, które nie były w użyciu, będzie przyznane bez żadnych potrąceń.

Przy okuciach metalowych będzie uwzględniona całkowicie taka ilość metalu, jaka równa się wadze usuniętych metalowych części, za potrąceniem kwoty, osiągniętej ze sprzedaży starego żelastwa.

Od wydatków na gwoździe, wojłok i robociznę, poniesionych przy umieszczaniu nowych okuć, będzie potrącona jedna trzecia.

Jeżeli statek zaopatrzony jest w maszyny napędne, chłodnie, maszyny elektryczne lub inne, w izolatory lub przyrządy telegrafu bez drutu, koszty naprawy tych maszyn, izolatorów lub telegrafu bez drutu ulegną takim samym potrąceniom, jakie stosowane są przy okrętach z żelaza lub stali.

PRZEPISY DOTYCZĄCE WSZYSTKICH STATKÓW.

Na wszystkich statkach wydatki, połączone z wyprostowaniem skrzywionych żelaznych części, włącznie z robocizną przy odejmowaniu i ponownem nasadzaniu tych części, będą odszkodowane całkowicie.

Koszty dokowania włącznie z wydatkami za holowanie, transport, wbijanie pali, używanie mostków i urządzeń doku będą odszkodowane całkowicie.

XIV.

Tymczasowe naprawy.

Jeżeli w porcie załadowania statku, zlecenia lub schronienia — dokonana została tymczasowa naprawa statku w interesie wspólnego bezpieczeństwa lub w związku z ofiarami, poniesionemi podczas awarji wspólnej, koszty tej naprawy zaliczone będą do awarji wspólnej; jeżeli natomiast tymczasowa naprawa wykonana została poprostu w tym celu, aby umożliwić zakończenie wyprawy, koszty tej naprawy będą uznane jako awarja wspólna tylko do wysokości sumy zaoszczędzonych wydatków, jakie powstałyby i zaliczone byłyby do awarji wspólnej, gdyby wyżej wymieniona naprawa nie została w tym porcie uskuteczniona.

Przy naprawach tymczasowych, uznanych jako awarja wspólna, żadne potrącenia z kosztów, z tytułu różnicy pomiędzy wartością starych i nowych części, nie mogą mieć miejsca.

XV.

Utrata frachtu.

Utrata frachtu, powstała wskutek uszkodzenia lub utraty ładunku, będzie wynagrodzona jako awarja wspólna, jeżeli jest spowodowana aktem awarji wspólnej, albo też jeżeli uszkodzenie lub utrata ładunku zaliczone są do awarji wspólnej.

Od sumy brutto utraconego frachtu należy odliczyć koszty, które właściciel frachtu byłby poniósł w przypadku zarobienia frachtu brutto, a których wskutek awarji nie poniósł.

XVI.

Wynagrodzenie za ładunek utracony lub uszkodzony podczas awarji wspólnej.

Wynagrodzenie za uszkodzenie lub poświęcenie ładunku dla dobra ogólnego, zarządzone w związku z awarją wspólną, określa się wysokością poniesionej z tego tytułu przez właściciela ładunku straty, obliczonej na podstawie ceny rynkowej ładunku w dniu przybycia statku do portu przeznaczenia lub w dniu zakończenia wyprawy, jeżeli pierwotnie zamierzony cel wyprawy został zmieniony.

Jeżeli uszkodzony ładunek został sprzedany po przybyciu do portu, odszkodowanie oblicza się w ten sposób, że do wartości ładunku w stanie zdrowym, w chwili nadejścia statku, stosuje się taki procent (%) uszkodzenia, jaki wypada ze stosunku między osiągniętą ceną sprzedażną a wartością towaru w stanie zdrowym w dniu sprzedaży.

XVII.

Kategorje wartości ponoszące odpowiedzialność za składki awaryjne.

Składki na pokrycie awarji wspólnej obliczone będą na podstawie rzeczywistej wartości netto wszystkich uczestniczących w wyprawie kategoryj interesów, ustalonej w momencie ukończenia wyprawy, z doliczeniem przyznanego w awarji wspólnej wynagrodzenia za przedmioty, które poświęcone zostały dla ogólnego dobra, o ile rzeczone wynagrodzenie nie zostało już uwzględnione przy wzmiankowanym szacunku.

Jednakże od opłat za przewoźne (fracht) i przejazd, jeżeli w danym wypadku pozostawały na ryzyku armatora, odliczone będą te wydatki na koszty i żołd, które nie byłyby wydane dla zarobienia przewoźnego, gdyby statek i ładunek utracone zostały całkowicie podczas aktu awarji wspólnej i które nie zostały zaliczone do awarji wspólnej.

Od wartości, ponoszących odpowiedzialność za składki,, potrąca się dalej wszelkie koszty, które do nich się odnoszą i które nastąpiły już po akcie awarji wspólnej, za wyłączeniem tych kosztów, które zalicza się do awarji wspólnej.

Od uczestniczenia w pokryciu awarji wspólnej zwolniony jest bagaż pasażerski i osobiste rzeczy pasażerów, na które nie wystawiono konosamentu.

XVIII.

Szkody poniesione przez statek.

Wysokość odszkodowania przy awarji wspólnej za uszkodzenie lub utratę statku, jego maszyn i/lub sprzętu okrętowego, jeżeli miała miejsce naprawa uszkodzeń lub zamiana utraconych części, odpowiadać będzie rzeczywistym słusznym kosztom naprawy lub zamiany, przyczem powinny być uskutecznione potrącenia zgodnie z prawidłem XIII z tytułu różnicy pomiędzy wartością nowych i starych części.

Jeżeli naprawa lub zamiana nie miały miejsca, uwzględnione być winno właściwe obniżenie wartości, nie przekraczające oszacowanych przez rzeczoznawcę kosztów naprawy.

Przy całkowitej utracie statku rzeczywistej lub konstruktywnej, wysokość odszkodowania awaryjnego za uszkodzenie lub straty przez statek poniesione podczas awarji wspólnej, odpowiadać będzie oszacowanej przez rzeczoznawcę wartości statku w stanie nieuszkodzonym, z odliczeniem od tej sumy ustalonych przez rzeczoznawcę kosztów naprawy uszkodzenia, nie mającego charakteru awarji wspólnej, jak również sumy osiągniętej z ewentualnej sprzedaży uratowanych części.

XIX.

Niezadeklarowany lub fałszywie deklarowany ładunek.

Uszkodzenie lub utrata mienia, załadowanego bez wiedzy armatora, względnie jego zastępcy, albo też mienia, które, w chwili składania go na statku, było z rozmysłem podane fałszywie — nie będzie zaliczone do awarji wspólnej, mienie takie jednak, w razie ocalenia go, uczestniczy w pokryciu awarji wspólnej.

Szkody i straty, dotyczące mienia, wartość którego była podana fałszywie, przyczem zadeklarowana wartość była niższa od wartości rzeczywistej, podlegać będą odszkodowaniu na podstawie wartości zadeklarowanej, udział jednak takiego mienia w pokryciu strat awaryjnych określony będzie na podstawie jego rzeczywistej wartości.

XX.

Koszty związane z dojazdem do portu schronienia.

Zużycie paliwa i wyposażenia statku oraz żołd i utrzymanie kapitana, oficerów i reszty załogi podczas przedłużenia wyprawy, spowodowanego zawinięciem do portu schronienia lub powrotem do portu, z którego statek wyszedł, będą zaliczone do awarji wspólnej, jeżeli koszty dosięgnięcia tych portów stanowią zgodnie z prawidłem X (a) awarję wspólną.

Zużycie paliwa i wyposażenia statku z powodu nadzwyczajnej zwłoki, podczas pobytu w porcie lub miejscu: załadowania, zlecenia lub schronienia — zaliczone będą do awarji wspólnej za taki sam przeciąg czasu, za jaki, zgodnie z prawidłem XI zaliczane są do awarji wspólnej żołd i koszty utrzymania kapitana, oficerów i reszty załogi, za wyłączeniem jednak paliwa i wyposażenia, zużytego przy wykonaniu takich napraw, które nie są zaliczalne do awarji wspólnej.

XXI.

Zaopatrzenie w środki pieniężne.

Od sum zaawansowanych na pokrycie wydatków awaryjnych będzie uwzględniona, przy rozliczeniu awaryjnem prowizja w stosunku 2%; jeżeli jednak potrzebne fundusze nie będą dostarczone przez strony, obowiązane do uczestniczenia w pokryciu awarji wspólnej, wtedy tak koszty, konieczne dla uzyskania potrzebnych środków, w drodze czy to pożyczki bodmeryjnej, czy to pożyczki w jakiejkolwiek innej formie, jak również i straty, wynikłe dla właścicieli ładunku, w tym samym celu sprzedanego, zalicza się do awarji wspólnej. Koszty ubezpieczenia awansów, danych na pokrycie wydatków awaryjnych zalicza się również do awarji wspólnej.

XXII.

Oprocentowanie odszkodowań awaryjnych.

Wydatki, ofiary i przypadające za nie odszkodowania, zaliczone do awarji wspólnej, będą oprocentowane podług ustawowej stopy procentowej, obowiązującej w ostatnim porcie przeznaczenia, w którym wyprawa się kończy.

W razie braku przepisów co do ustawowych odsetek w tej miejscowości, liczyć się będzie 5% w stosunku rocznym, aż do daty rozliczenia awaryjnego; jednakże przy obliczeniu procentów uwzględnić należy kwoty, w międzyczasie uiszczone przez strony, uczestniczące w pokryciu awarji, lub też awanse, wydane z funduszu depozytów awaryjnych.

XXIII.

Depozyty gotówkowe.

Jeżeli kwoty, należne od ładunku na pokrycie: awarji wspólnej, holowania, ratowania lub kosztów szczególnych, zostaną wpłacone w gotówce, to kwoty te winny być przelane na specjalne, w miarę możności oprocentowane, konto bankowe, na wspólne imię dwuch kuratorów (jeden z nich mianowany będzie na koszt wpłacających depozyty, a drugi na koszt armatora) do instytucji bankowej, zaaprobowanej przez rzeczonych kuratorów.

Sumy w ten sposób zdeponowane wraz z ewentualnemi odsetkami stanowić będą pod kontrolą kuratorów gwarancję i środki płatnicze dla uiszczenia należności, przypadających z tytułu: awarji wspólnej, kosztów ratunkowych i szczególnych opłat — uprawnionym do ich otrzymania od stron, do których należy ładunek i które złożyły wyżej wzmiankowane depozyty.

Kuratorowie władni są wypłacać awanse i zwracać depozyty, o ile w tej mierze posiadają piśmienne upoważnienie od dyspaszera (biegłego awaryjnego).

Tego rodzaju awanse, wypłaty i zwroty nie mogą naruszać zobowiązań stron, ostatecznie ustalonych w rozliczeniu awaryjnem.

ORZECZNICTWO SĄDOWE.

ZALICZKI I POŻYCZKI, UDZIELANE POD ZASTAW POLIS W WALUTACH ZAGRANICZNYCH I ICH PRZERACHOWANIE

W myśl dekretu z dnia 12 czerwca 1934 r. w zasadzie umowy ubezpieczenia mogą być zawierane tylko w walucie polskiej, o ile umowy te nie przewidują świadczeń w naturze. Od tej zasady prawodawca nasz uczynił wyjątek, upoważniając Ministra Skarbu do określenia przypadków, w których umowy ubezpieczeń będą mogły być zawierane w walucie zagranicznej. Minister Skarbu, wykorzystując to upoważnienie, rozporządzeniem z dnia 26 lipca 1934 r. (Dz. Ust. 73 — 1934 — 700) postanowił, że dopuszczalne jest zawieranie umów ubezpieczenia w walucie zagranicznej; w dziale ubezpieczeń przewozowych, o ile tyczą się transportów zagranicznych, przesyłek, znajdujących się w obszarach, magazynach i składach celnych oraz statkach morskich; w dziale ubezpieczeń ogniowych, o ile tyczą się nieruchomości, na których zabezpieczone są pożyczki towarzystw kredytowych, których listy zastawne lub obligacje nie podlegają konwersji zgodnie z dekretem z dnia 12 czerwca 1934 r., a suma ubezpieczenia nieruchomości ma stanowić zabezpieczenie spłaty pożyczki i związanych z nią należności; wreszcie w innych wyjątkowych wypadkach za zgodą władzy nadzorczej.

Umowy, zawarte w walucie zagranicznej, ulegają przerachowaniu na walutę polską w sposób następujący: a) umowy, zawarte bez zastrzeżenia płatności zagranicznemi monetami złotemi lub według równowartości złota w zagranicznej jednostce pieniężnej, podlegają przerachowaniu na walutę polską według przeciętnego kursu wypłat w miesiącach kwietniu i maju 1934 r., notowanych na giełdzie pieniężnej w Warszawie (dla zobowiązań w dolarach St. Zj. Am. Półn. kurs ten ustalony został na zł. 5.40 za dolara); b) wszelkie zobowiązania z umów ubezpieczenia, opiewające na waluty zagraniczne z zastrzeżeniem płatności zagranicznemi monetami złotemi lub według równowartości złota w zagranicznej jednostce pieniężnej, podlegają przerachowaniu na złote w złocie według stosunku zawartości czystego złota w jednostce pieniężnej danej waluty zagranicznej oraz waluty polskiej w dniu 1 lipca 1931 r.

Na tle tych przepisów mamy do zanotowania wyrok Sądu Najwyższego (z dnia 30 marca 1935 r. C. Prez. 61/34. Orzecznictwo Sądów Polskich. T. XIV N. 312), w którym Sąd stanął na stanowisku, że cytowane powyżej zasady przerachowania winny być stosowane i do zobowiązań ubezpieczonego, wynikających z udzielonych mu przez zakład ubezpieczeń zaliczek i pożyczek pod zastaw polisy.

Ażeby rozstrzygnąć to pytanie, musiał Sąd Najwyższy rozstrzygnąć przedewszystkiem pytanie, czy zaliczki i pożyczki pod zastaw polis należą wogóle do zobowiązań z umowy ubezpieczenia, czy też stanowią zobowiąza-

nia z odrębnych umów. Sąd Najwyższy rozstrzygnął tę kwestję w sposób następujący. Zarówno zaliczka, wypłacana przez zakład ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia na życie, jak i pożyczka, wydawana pod zastaw polisy, pozostają w nierozerwalnym związku z wykupem polisy (§§ 174 i nast. ustawy niem. o umowie ubezp., § 141 ustawy austr. o umowie ubezpiecz., art. 12 przep. tymcz. z 24 lutego 1928 r. o przep. tymcz., dotyczących umowy ubezp.), na co wskazuje przepis, iż zakład ubezpieczeń może ich udzielać tylko do wysokości wykupu (art. 39 ust. 4 rozporządzenia o kontroli ubezp. z 26 stycznia 1928 r. Dz. U. Nr. 9 poz. 64). Suma wykupu jest poniekąd równowartością zapłaconych składek z potrąceniem odsetek od dnia wypłaty wykupu do końca okresu ubezpieczeniowego i ubezpieczony, który uiścił składkę ubezpieczeniową conajmniej za 3 lata, ma prawo żądać wypłacenia tej sumy przy jednoczesnem rozwiązaniu umowy ubezpieczenia. Nie rozwiązując umowy, może ubezpieczony podjąć sumę wykupu lub jej część pod postacią zaliczki albo pożyczki; biorąc zaliczkę, ubezpieczony nie ma obowiązku jej zwracania, gdyż jedynie o jej wysokość zmniejsza się wysokość wykupu lub sumy ubezpieczeniowej. Jeżeli chodzi o pożyczkę pod zastaw polisy, podlega ona coprawda zwrotowi z mocy umowy stron, ponieważ jednak jej udzielenie jest skutkiem prawa ubezpieczonego do sumy wykupu i sama pożyczka jest zabezpieczona zastawem polisy, nie może ona stanowić odrębnej umowy, lecz jest narówni z zaliczką zobowiązaniem, wynikającem z umowy ubezpieczenia.

Odsetki, płacone przez ubezpieczonego od udzielonej mu zaliczki lub pożyczki, są równowartością utraconych przez zakład ubezpieczeń korzyści, któreby mógł uzyskać, lokując fundusze ubezpieczeniowe w inny, dozwolony sposób, a przeto uprawnienie zakładu do pobierania odsetek nie może samo przez się stanowić o istocie prawnej zaliczki lub pożyczki i uzasadniać ich charakteru czynności kredytowej, niezależnej od umowy ubezpieczenia, z drugiej zaś strony samo uprawnienie do pobierania przez zakład ubezpieczeń rzeczonych odsetek wynika z umowy ubezpieczenia.

Zatajenie choroby przez ubezpieczonego.

W zeszycie 3/4 z roku 1933 Przeglądu Ubezpieczeniowego przytoczyliśmy wyrok Sądu Okręgowego w Krakowie, w którym Sąd Okręgowy wyszedł z założenia, że umowa ubezpieczenia winna być uznaną za nieważną z winy ubezpieczonego i pozwany zakład ubezpieczeń wolny jest od obowiązku świadczenia, jeżeli ubezpieczony we wniosku ubezpieczeniowym rozmyślnie zataił, że przechodził chorobę weneryczną, oświadczając lekarzowi zakładu ubezpieczeń, że jest zdrów, że nie chorował, żadnych chorób wenerycznych nie przechodził, ani też na nie w zakładach kąpielowych nie leczył się.

Obecnie mamy do zanotowania wyrok Sądu Najwyższego (nigdzie nie ogłoszony) z dnia 14 grudnia 1934 roku (C. II. 1932/34), w którym Sąd Najwyższy rozpatrywał parę kwestyj ściśle związanych z kwestją przez nas omówioną, a mianowicie: kwestję świadomości ubezpieczonego, że przebywał chorobę weneryczną i jakie pytania wniosku ubezpieczeniowego należy uważać za istotne.

Sąd Najwyższy w kwestjach tych zajął stanowisko, że skoro ubezpieczony chorował na syfilis jeszcze w roku 1914 i kilkakrotnie leczył się na

tę chorobę, to nie mógł o niej nie wiedzieć, oraz że za istotne pytania należy rozumieć takie zapytania, które w niewątpliwej osnowie podane są w pytaniach wniosku ubezpieczeniowego.

Motywy wyroku Sądu Najwyższego z dnia 14 grudnia 1934 roku C. II. 1932/34 są następujące.

Sąd Najwyższy, Izba Cywilna, Warszawa, dnia 14 grudnia 1934 r. C. II. 1932/34. W Imieniu Rzeczypospolitej Polskiej. Sąd Najwyższy jako sąd rewizyjny pod przewodnictwem Sędziego S. N. Dr. J. Łopuszańskiego, w obecności sędziów S. N. M. Stefki i St. Staszewskiego w sprawie...., działających przeciw Towarzystwu Ubezpieczeń..... o 1.500 dol. zpn. wskutek rewizji powódek od wyroku Sądu Apelacyjnego w. . . . jako sądu odwoławczego z dnia 12 września 1933 r. sygn. II CA 475/33, którym ten sąd nie uwzględnił odwołania powódek i zatwierdził wyrok Sądu Okręgowego z dnia 9 lutego 1933 r. sygn. I Cg 261/31 na posiedzeniu niejawnem postanowił: Nie uwzględnić rewizji. Przysądzić pozwanemu Towarzystwu koszty przewodu rewizyjnego w kwocie 100 zł. 10 gr., które powódki winny mu zapłacić w ciągu 14 dni pod zagrożeniem przymusowego ściągnięcia.

Uzasadnienie:

Powódki zaskarżyły wyrok Sądu Apelacyjnego z przyczyn, wymienionych w § 503. L. 2. 3. i 4. p. c. i wniosły o zmianę wyroku i orzeczenia w myśl żądania pozwu ewentualnie o zniesienie wyroku. Postawiły także wniosek o wyznaczenie ustnej rozprawy przed sądem rewizyjnym. Sąd Najwyższy nie uważa jednak ustnej rozprawy za potrzebną do rozstrzygnięcia wniesionej rewizji, ponieważ stan prawny nie jest tak zawiły, jak to we wniosku przedstawiają i został dostatecznie wyjaśniony (§ 509 ust. 2 p. c). Wadliwością przewodu ma być według rewizji nieprzeprowadzenie dowodu z przesłuchania stron i ze znawcy-lekarza na okoliczność, że ubezpieczony nie wiedział o tem, że przebył syfilis i że można nie wiedzieć o tem, że się jest chorym na syfilis. Dowody te były jednak, jak już zaznaczył Sąd Apelacyjny — zbędne, skoro ustalono niewadliwie i to nawet na podstawie jego własnych zeznań w dniu 17 grudnia 1929 r. w Szpitalu Okręgowym w Krakowie, że wiedział o przebyciu wspomnianej choroby. Powódki uważają wprawdzie to ustalenie za mylne, ale nie wykazują jego sprzeczności w znaczeniu § 503 L. 3 p. c., a zarzuty ze stanowiska błędnej oceny faktycznej nie są przedmiotem rozpoznania w przewodzie rewizyjnym (§ 503 p. c.). Sprzeczności z opinją lekarzy dopatrują się powódki w uznaniu porażenia postępowego jako przyczyny śmierci ubezpieczonego. Pierwszy z nich nie był obecny przy śmierci jego, bo na dwa tygodnie przedtem został zwolniony z wojska i podał, że jego zdaniem przyczyną śmierci mogła być gruźlica. Prawdopodobnie wskutek niestanowczości opinji sądy nie oparły na niej ustaleń. Drugi zaś podał, że gruźlica była u ubezpieczonego w takim stopniu rozwinięta, że uniemożliwiała leczenie paraliżu postępowego: zdaniem tego lekarza, ostateczną przyczyną śmierci było porażenie ośrodków oddechowych, zdarzające się przy paraliżu postępowym, jednak spółistnienie tych cierpień każe obydwa te cierpienia uważać za równorzędne przyczyny zgonu. Sąd Apelacyjny uważa za rzecz obojętną, na jaką chorobę właściwie umarł ubezpieczony, chociaż uznaje, że śmierć spowodował paraliż postępowy jako objaw trzeciorzędnej kiły, a gruźlica, na którą cierpiał, przyśpieszyła śmierć jedynie o tyle, że nie pozwoliła na specyficzne leczenie paraliżu. Nie można dopatrzyć się istotnej sprzeczności w zaskar-

żonym wyroku, bo według opinji lekarskiej paraliż postępowy, jeżeli nie był jedyną przyczyną, to w każdym razie był przyczyną śmierci. Wywody o winie ajenta pozwanego Towarzystwa i podany w tym względzie w rewizji stan faktyczny są nowością rewizyjną, którą pozwane Towarzystwo wytknęło i które nie mogą być wzięte pod rozwagę (§ 504 ust. 2 p. c.). Nowością odwoławczą były dwa orzeczenia lekarskie, przedłożone w rewizji, których, jak — powódki twierdzą — sąd odwoławczy nie przyjął (§ 482 ust. 2 p. c.) i nie mogą być wzięte pod uwagę w przewodzie rewizyjnym (§ 504 ust. 2 p. c.). Według § 10 warunków ubezpieczeń na życie, kontrakt ubezpieczenia nie obowiązuje Towarzystwa, a zapłacone składki przepadają na jego rzecz, jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony na którekolwiek z pytań, zawartych we wniosku, w lekarskim kwestjonarjuszu lub osobno mu na piśmie przez Towarzystwo postawionych, dał odpowiedź nieprawdziwą lub niezupełną, chyba jeżeli udowodniono, że żaden z nich nie ponosi winy w daniu mylnej lub niedokładnej odpowiedzi (ust. I). Jeżeli jednak ubezpieczenie takie trwało trzy lata, Towarzystwo wolne jest od zapłaty tylko w tym razie, jeżeli mylne lub niedokładne odpowiedzi dane były w zamiarze oszukania Towarzystwa (ust. 2). To ostatnie postanowienie nie ma zastosowania, bo ubezpieczenie trwało tylko około półtora roku, według ustaleń ubezpieczony już w r. 1914 w czasie pobytu w Legjonach był chory na syfilis, na chorobę tę kilkakrotnie leczył się w szpitalu i wiedział o niej, a mimo to dnia 23 lutego 1929 r. przy sposobności ubezpieczenia się na pytanie kwestjonarjusza 3 a. „Jakie choroby Pan przechodził?” — odpowiedział — „żadne”, a na dalsze pytanie 4 a. „Czy przechodził Pan choroby weneryczne?”. Jakie? Kiedy?” — odpowiedział — „nie”, dał więc świadomie odpowiedzi nieprawdziwe. Okoliczności objęte powyższemi pytaniami, a w szczególności pytaniem 4 a., były niewątpliwie istotne i mogły wpłynąć na postanowienie Towarzystwa niezawierania wogóle umowy albo przynajmniej zawarcia jej pod innemi warunkami, aniżeli rzeczywiście umówionemi. Zresztą należy je uważać za istotne, skoro w niewątpliwej osnowie były podane w pytaniach (§ 3 ust. 3 Ust. o umowie ubezp. z dnia 23 grudnia 1917 r. austr. dz. u. p. nr. 501). Z tych przyczyn rewizja nie odniosła skutku. Koszty §§ 41 i 50 p. c.

Właściwość Sądu w sprawach ze stosunku ubezpieczenia.

(Sprawy o składkę i przeciwko P. Z. U. W.).

W numerze 6-ym z roku 1933 pisma naszego zamieściliśmy postanowienie Sądu Okręgowego w kwestji właściwości Sądów w sprawach o składkę ubezpieczeniową. Obecnie mamy do zanotowania dwa wyroki Sądu Najwyższego w sprawach o odszkodowanie, poszukiwane od Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych, które, rozstrzygając kwestję właściwości sądów w sprawach o odszkodowanie, temsamem przyznają słuszność tezie, bronionej przez zakłady ubezpieczeń, że wyłączenie z właściwości sądów grodzkich spraw z dziedziny ubezpieczeń nie tyczy się spraw o składkę, a tylko spraw o odszkodowanie.

Wspomniane orzeczenia Sądu Najwyższego są niestety krańcowo sprzeczne, ale sprzeczność ta bynajmniej nie wpływa na kwestję, powyżej przytoczoną, a tyczy się jedynie kwestji, czy sprawy o odszkodowanie przeciwko Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń Wzajemnych podlegają,

czy nie podlegają sądom grodzkim wobec brzmienia art. 13 § 2 p. 6 K. P. C. („Bez względu na wartość przedmiotu sporu należą do właściwości sądów okręgowych sprawy ze stosunku ubezpieczenia z wyjątkiem sporów o zapłatę premji"). Oba jednak te wyroki ubocznie stwierdzają, że pojęcie „premja" w artykule 13 obejmuje składkę ubezpieczeniową, a nie odszkodowanie.

Wyroki te sprzeczne są w jednym i zasadniczym punkcie: w kwestji, czy art. 13 § 2 p. 6 ma zastosowanie do spraw o odszkodowanie, wytaczanych przeciwko P. Z. U. W., czy też tylko do spraw prywatnych zakładów ubezpieczeń. Stanowiska, zajęte przez Sąd Najwyższy, w tych warunkach są wprost przeciwne sobie: w jednym z nich Sąd Najwyższy staje na stanowisku, że sprawy tego rodzaju nie podlegają sądom grodzkim, w drugim zaś Sąd Najwyższy przyszedł do wniosku, że sprawy te podlegają sądom grodzkim.

Wniosek swój, że sprawy o odszkodowanie przeciwko P. Z. U. W. podlegają orzecznictwu sądów grodzkich, Sąd Najwyższy oparł na brzmieniu art. 14 § 1 K. P. C., który głosi, że spośród spraw, należących do właściwości sądów okręgowych, sąd okręgowy, w którym jest utworzony wydział handlowy, rozpoznaje w tym wydziale sprawy, wymienione w art. 13 § 2 p. 4 — 6 K. P. C., jakoteż sprawy z czynności, mających charakter handlowy dla obu stron. Skoro zatem ubezpieczenia w Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń Wzajemnych nie można uważać za czynność handlową ze względu na charakter publiczności tego zakładu, to i przepis art. 13 § 2 p. 6 nie może mieć zastosowania do tego rodzaju ubezpieczeń. Ten pogląd jest niesłuszny i trzeba mieć nadzieję, że w nowych wyrokach, jakie prawdopodobnie jeszcze nieraz w tej kwestji będą miały miejsce, Sąd Najwyższy zmieni go, bowiem między art. 13 i 14 ścisłego związku niema. Wyłączenie spraw ubezpieczeniowych z czynności sądów grodzkich przy pozostawieniu tam tylko spraw o składkę, najwyraźniej wskazuje na ratio legis tego artykułu. Chodziło tu prawodawcy o wyłączenie z właściwości sądów grodzkich spraw o odszkodowanie, należne ubezpieczonym nie dlatego, że są to sprawy handlowe, a tylko dlatego, że sprawy te są zbyt skomplikowane, aby niemi obciążać sądy grodzkie. Sprawy o składkę, jako sprawy zazwyczaj prostsze, nie wymagające dużego materjału dowodowego (ekspertyzy, świadkowie, dochodzenia i t. p.) prawodawca pozostawił sądom grodzkim, jakkolwiek pobieranie składki jest również sprawą handlową, skoro oparte jest na czynności handlowej — zawarciu umowy ubezpieczenia. Skoro zaś tego rodzaju sprawy prawodawca pozostawił sądom grodzkim, to jasnem jest, że nie kierował się w tym wypadku kwestją, czy mamy tu do czynienia z czynnością handlową, a tylko względami utylitarnemi.

Zresztą i w tym samym art. 14 w § 2 znajdziemy argument, zbijający tezę Sądu Najwyższego. Mianowicie w artykule tym K. P. C. stanowi, że jeżeli spór wynikł z czynności, która tylko po stronie pozwanego jest handlowa, wniesienie sprawy przed wydział handlowy zależy od wezwania powoda. Z przepisu tego wynika, że nie wszystkie sprawy ze stosunku ubezpieczenia muszą być wnoszone do wydziałów handlowych sądów okręgowych, a pomimo to podlegają one działaniu przepisu art. 13 § 2 p. 6.

Mamy tu zatem do czynienia z wyrokiem Sądu Najwyższego, opartym na nieporozumieniu, i życzyć sobie musimy, aby jaknajprędzej zostało ono usunięte.

Pozatem nasuwa się tu jeszcze jedna uwaga. Sąd Najwyższy, wydając orzeczenie, które jest djametralnie sprzeczne z orzeczeniem tego sądu z roku poprzedniego, powinien był wspomnieć, dlaczego tamto swoje orzeczenie uznaje za niesłuszne. Nic podobnego jednak w wyroku tym nie znajdujemy i w ten sposób wytwarza się sytuacja tego rodzaju, że orzecznictwo Sądu Najwyższego miast wyjaśnić daną kwestję, zaciemnia ją tak skutecznie, że obecnie siłą rzeczy musi Sąd Najwyższy wypowiedzieć się ostatecznie, jak należy rozumieć powołane przepisy.

Motywy Sądu Najwyższego w sprawach powołanych są następujące:

1. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 kwietnia 1934 r. (C. II. 378/34), ogłoszony w Zbiorze Orzeczeń Sądu Najwyższego, Orzeczenia Izby Cywilnej, rok 1934, zeszyt X, N. 695.

Postanowieniem Sądu Okręgowego w Rzeszowie z dnia 14 października 1933 I Cz. 530/33 zatwierdzono postanowienie Sądu Grodzkiego w Kolbuszowej z dnia 8 czerwca 1933 II Cz. 7/33, którem tenże Sąd, uznając się niewłaściwym, odrzucił pozew powoda przeciwko Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń Wzajemnych o odszkodowanie za spalone budynki w kwocie 780 zł.

W postanowieniu tem wyraził Sąd Okręgowy zapatrywanie, że wobec tego, iż przepis art. XXVII przepisów wprow. k. p. c. nie wymienia rozp. Prezydenta Rzplitej z 27 maja 1927 (Dz. U. Nr. 46 poz. 410), należy z uwagi na przepis art. 13 § 2 p. 6 k. p. c. postanowienie art. 40 powołanego rozp. uważać za uchylone.

Postanowienie to zaskarża powód w drodze skargi kasacyjnej, podając jako podstawę zaskarżenia pogwałcenie istotnego przepisu postępowania, które wpłynęło stanowczo na wynik sprawy (art. 426 p. 2 k. p. c.).

Podstawę tę uzasadnia powód w odparciu poglądu Sądu Okręgowego wywodem, że art. XXVII przepisów wprow. k. p. c. wymienia tylko przykładowo przepisy utrzymane w mocy, zaczem brak wzmianki o art. 40 rozp. Prezydenta Rzplitej z 27 maja 1927 (Dz. U. Nr. 46 poz. 410) nie dowodzi, by przepis tego artykułu przestał obowiązywać na skutek przepisu § 2 p. 6 art. 13 k. p. c.

Sąd Najwyższy zważył co następuje: wywód ten jest prawnie chybiony, bo polega na mylnej wykładni przywiedzionych przepisów ustaw.

Według art. 40 ust. 1 rozp. z 27 maja 1927 (Dz. U. Nr. 46 poz. 410) skarga o odszkodowanie może być wniesiona do przedmiotowo właściwego sądu, w którego okręgu znajduje się budowla.

Przepis ten zatem nie pozostaje w żadnej sprzeczności z przepisem art. 13 § 2 p. 6 k. p. c., stanowiącym, że dla spraw ze stosunku ubezpieczenia jest właściwy sąd okręgowy.

Przeciwnie, z porównania tych przepisów wynika, że przepisy te wzajem się uzupełniają co do przedmiotowej właściwości sądu dla spraw ze stosunku ubezpieczenia, przyczem przepis art. 40 powołanego rozp. z 27 maja 1927 (Dz. U. Nr. 46 poz. 410) stanowi jedynie wyjątek od zasady co do miejscowej właściwości sądu, unormowanej według siedziby strony pozwanej (art. 24 i nast. k. p. c.), dopuszczając wniesienie tego rodzaju skarg do przedmiotowo właściwego sądu także w miejscu, gdzie się znajduje budowla.

Który sąd dla spraw ze stosunku ubezpieczenia jest przedmiotowo właściwy, o tem art. 40 powołanego rozp. nie wspomina.

W tym stanie rzeczy, gdy idzie o rzeczową właściwość sądu dla spraw ze stosunku ubezpieczenia, zagadnienie czy przepis art. 40 rozp. z 27 maja 1927 r. (Dz. U. Nr. 46 poz. 410) został uchylony czy też nie, traci z uwagi na wyraźny przepis p. 6 § 2 art. 13 k. p. c. zupełnie na aktualności i wszelkie w tym kierunku wywody kasacji stają się w danym przypadku bezprzedmiotowe.

Skoro z mocy przepisu art. 13 § 2 p. 6 k. p. c. dla spraw ze stosunku ubezpieczenia są przedmiotowo właściwe wyłącznie sądy okręgowe bez względu na wartość przedmiotu sporu, przeto wniesienie skargi w tym przedmiocie do sądu grodzkiego jest niedopuszczalne.

2. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 1935 r. (C. I. 2091/34), ogłoszony w Zbiorze Orzeczeń Sądu Najwyższego, Orzeczenia Izby Cywilnej, rok 1935, zeszyt VIII, N. 308.

Powód wytoczył przed Sąd Grodzki w Pińczowie pozew przeciwko Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń Wzajemnych w Warszawie o zapłatę reszty odszkodowania w sumie 534 zł., należnego mu od pozwanego Zakładu za pogorzel. Sąd Grodzki, pomimo zgłoszonej przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych ekscepcji niewłaściwości z p. 6, § 2, art. 13 k. p. c. sądów grodzkich dla spraw o zapłatę odszkodowania od Zakładu Ubezpieczeń na rzecz ubezpieczonych, — uznał się za właściwy, zasądzając powództwo, a Sąd Okręgowy w Kielcach zaskarżony wyrok zatwierdził, przytem wyraził pogląd, że sprawy o zapłatę premji, które to sprawy w myśl pkt. 6 § 2, art. 13 k. p. c. zostały wyeliminowane z wyłącznej kompetencji sądów okręgowych są sprawami o zapłatę odszkodowania, należnego ubezpieczonemu od Zakładu Ubezpieczeń, albowiem słowo „premja”, użyte w art. 13 k. p. c., oznacza odszkodowanie, wypłacane przez Zakład ubezpieczonemu.

Skarga kasacyjna zarzuca wyrokowi Sądu Okręgowego w Kielcach obrazę art. 13, § 2, p. 6 k. p. c. przez to, że Sąd Okręgowy, jako druga instancja, zatwierdził wyrok Sądu Grodzkiego, zasądzający roszczenia powoda do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń o zapłatę odszkodowania w wysokości 534 zł., należnego mu od Zakładu Ubezpieczeń za pogorzel, pomimo, że pozwany Zakład zgłosił ekscepcję niewłaściwości Sądu Grodzkiego z p. 6, § 2, art. 13 k. p. c. dla spraw o odszkodowanie za pogorzel.

Następnie skarga kasacyjna zarzuca, że wyrażony przez Sąd Okręgowy pogląd, iż premja, o której stanowi końcowe zdanie p. 6, § 2, art. 13 k. p. c., oznacza odszkodowanie, wypłacane przez Zakład Ubezpieczeń ubezpieczonemu, a nie składkę ubezpieczeniową, jest mylny i dowolny; gdyby bowiem stanąć na stanowisku wyroku Sądu Okręgowego, byłoby niezrozumiałe dlaczego ustawodawca polski uznał za możliwe, by sprawy o odszkodowanie ubezpieczonego mogły być rozpatrywane również i przez sądy grodzkie, natomiast spory o składkę miałyby być wyłączone z pod właściwości sądów grodzkich, gdy tymczasem sprawy o odszkodowanie są zawsze zawilsze i trudniejsze, aniżeli sprawy o składkę, normalnem zaś jest zjawiskiem, że sprawy ważniejsze i trudniejsze bywają powierzane sądom wyższym.

Następnie skarga kasacyjna wyraża pogląd, że dotychczasowe prawa dzielnicowe nie mogą być pominięte przy interpretacji końcowego zdania p. 6, § 2, art. 13 k. p. c. i przy ustalaniu znaczenia słowa „premja”, albowiem prawo to niewątpliwie wywarło wpływ na ustawodawstwo ubezpie-

czeniowe polskie, w prawie zaś niemieckiem, austrjackiem i rosyjskiem wyraz „premja” oznacza składkę ubezpieczeniową.

Wreszcie skarga kasacyjna zarzuca, że ustalenie językoznawcze Sądu Okręgowego w Kielcach i powoływanie się tego Sądu na wydawnictwa popularne są pozbawione podstaw naukowych i nie mają żadnego znaczenia dla terminologji prawnej, oraz że Sąd Okręgowy dopuścił się w swoich motywach wewnętrznej sprzeczności przy ustalaniu znaczenia słowa „premja”.

Zarzuty skargi kasacyjnej są nieistotne. Przepis art. 13 § 2 p. 6 k. p. c. przewiduje właściwość Sądu Okręgowego dla spraw o charakterze handlowym, wśród których wymienia też sprawy ze stosunku ubezpieczenia, pod któremi należy rozumieć spory, dotyczące ubezpieczenia handlowego; pogląd ten popiera przepis art. 14, § 1 k. p. c., poddający rozpoznaniu wydziału handlowego w tych sądach okręgowych, w których wydziały te utworzone zostały, sprawy, wymienione w art. 13 § 2 pod liczbami 4 — 6, jakoteż sprawy z czynności obustronnie handlowych. Ubezpieczenie w Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń Wzajemnych nie ma charakteru handlowego, gdyż jest przymusowe, co wynika z przepisów części I-ej rozp. Prezydenta Rzplitej z dn. 27 maja 1927 r. o przymusie ubezpieczeń od ognia i o Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń Wzajemnych, art. 1 — 3 (Dz. U. Nr. 46 poz. 410), sam zaś Zakład jest instytucją prawno-publiczną, mającą na celu dobro publiczne, a nie osiąganie zysków (art. 4 L. 2 tegoż rozporządzenia), a przeto przepis wyjątkowy p. 6 § 2 art. 13 k. p. c. nie może mieć zastosowania do spraw ze stosunku ubezpieczenia w tymże Zakładzie, jako spraw nie mających charakteru handlowego. Do spraw tych może mieć więc zastosowanie jedynie § 1 art. 13, względnie art. 10 p. 1 k. p. c. Skoro przeto w sprawie niniejszej przedmiotem sporu była suma nie przenosząca 1.000 zł., sądy meriti słusznie uznały właściwość Sądu Grodzkiego. W świetle powyższej przesłanki wszystkie zarzuty kasacji pozbawione są znaczenia, gdyż oparte są na błędnem rozumieniu art. 13 § 2 p. 6 k. p. c.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA.

Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje według ogólnie przyjętego mniemania przez wystawienie przez zakład ubezpieczeń dokumentu ubezpieczeniowego (polisy lub świadectwa tymczasowego). Pogląd ten jest mylny, bowiem często bardzo moment zawarcia umowy nie jest związany z momentem wystawienia dokumentu ubezpieczeniowego, a tylko z momentem przyjęcia przez zakład wniosku ubezpieczeniowego. Różne teorje, w tej dziedzinie istniejące, sprowadzają się w zasadzie do dwu momentów: przyjęcia wniosku i wystawienia polisy oraz zawiadomienia (o ile jest ono konieczne) lub niezawiadomienia ubezpieczającego o faktach powyższych.

W prawodawstwach niemieckiem i austrjackiem, obowiązujących u nas w dwu dzielnicach, przyjęta jest zasada, że momentem zawarcia umowy ubezpieczeniowej jest moment przyjęcia wniosku ubezpieczeniowego przez zakład ubezpieczeń. W tych warunkach i w b. zaborze rosyjskim, gdzie sprawa ta prawodawczo uregulowana nie jest, należałoby przyjąć tę zasadę, jako jedynie celową i słuszną.

Takie postawienie sprawy u nas jest tem słuszniejsze, że często w warunkach ogólnych naszych zakładów ubezpieczeń spotykamy przepis, że wniosek ubezpieczeniowy, złożony zakładowi ubezpieczeń przez ubezpiecza-

jącego, uważany jest za przyjęty, jeżeli zakład ubezpieczeń lub jego oddział, upoważniony do zawierania umów ubezpieczenia, w ciągu pewnego, ściśle określonego czasu, nie zawiadomią ubezpieczającego, że wniosek został odrzucony.

W tej kwestji mamy do zanotowania orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 22 stycznia 1935 roku (C. II. 2267/34), ogłoszone w Zbiorze Orzeczeń Sądu Najwyższego, Orzeczenia Izby Cywilnej, rok 1935, zeszyt VIII, N. 310, w którym Sąd Najwyższy orzekł, że pogląd ubezpieczającego, że doręczenie polisy stanowi warunek zawarcia umowy ubezpieczenia, jest błędny, a to z powodów następujących.

Według § 8 austrjackiej ustawy o umowie ubezpieczenia z dnia 23 grudnia 1917 r. zakład ubezpieczeń winien wydać ubezpieczającemu polisę. Przepis ten jednak nie uzależnia od tego faktu zawarcia umowy ubezpieczenia, która wprawdzie zwykle przychodzi do skutku przez wręczenie polisy, ale nie jest też wykluczone zawarcie jej w sposób dorozumiany w myśl ogólnych przepisów prawa obowiązującego, ponieważ przepis § 8 cytowanej ustawy nie ma charakteru przymusowego, a dyspozycyjny. Zakład ubezpieczeń skorzystał też z możności innego uregulowania tej sprawy i w swych ogólnych warunkach ubezpieczeń ziemiopłodów od gradobicia zamieścił postanowienie, że deklarację, złożoną przez ubezpieczającego, uważa za przyjętą, jeżeli Oddział Towarzystwa, upoważniony do wystawiania polis, nie wyśle w ciągu 48 godzin po nadejściu deklaracji pisemnej odmowy przyjęcia jej.

Przepis § 23 austrjackiej ustawy o umowie ubezpieczenia, na który pozwany powołuje się w rewizji, przemawia właśnie przeciwko jego stanowisku prawnemu, bo postanawia, że do zapłaty pierwszej lub jednorazowej składki ubezpieczający obowiązany jest za wręczeniem mu dokumentu ubezpieczenia, to jest polisy, chyba, że wystawienie tego dokumentu jest wykluczone.

Wprawdzie orzeczenie to wydane zostało pod rządem austrjackiej ustawy o umowie ubezpieczenia, jednakowoż może mieć całkowite zastosowanie i pod rządem niemieckich i polskich przepisów o umowie ubezpieczenia.

Wyrok przytoczony nie jest sprzeczny z wyrokami oznaczonemi przez nas w 2 zeszycie 1933 roku, na str. 35 i 36 i w 2/3 zeszycie 1935 roku, na str. 131 — 133 Przeglądu.

W. Kolisko.

KRONIKA

UDZIAŁ ZWIĄZKU PRYWATNYCH ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ W POLSCE W OBCHODZIE DZIESIĘCIOLETNIEGO JUBILEUSZU RZĄDÓW PANA PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ.

W dniu 3 czerwca r. b. Związek wysłał do Pana Prezydenta Rzeczypospolitej depeszę treści następującej:

Do Pana Prezydenta Rzeczypospolitej
Profesora Ignacego Mościckiego

Warszawa — Zamek.

W dziesiątą rocznicę wyboru składamy Czcigodnemu Panu Prezydentowi najgłębszy hołd jako Głowie i Widomemu Wyobrazicielowi Państwa Polskiego oraz wyrażamy podziw i cześć dla niespożytych zasług Pana Prezydenta na polu naukowem i państwowem.

Związek Prywatnych Zakładów
Ubezpieczeń w Polsce

Prezes Roman Knoll.

Pozatem w tym dniu Związek Prywatnych Zakładów Ubezpieczeń w Polsce wpłacił na Fundusz Obrony Narodowej sumę zł. 4.500.—.

NOWY DYREKTOR PAŃSTWOWEGO URZĘDU KONTROLI UBEZPIECZEŃ P. WACŁAW FABIERKIEWICZ.

Nowomianowany Dyrektor Państwowego Urzędu Kontroli Ubezpieczeń p. Wacław Fabierkiewicz urodził się dnia 26 stycznia 1891 r. w Bielsku Podlaskim. Szkołę realną w Białymstoku ukończył w r. 1909. W okresie tym był przywódcą walki o wprowadzenie nauki języka polskiego w szkołach, organizując jednocześnie koła uczniowskie młodzieży postępowo-niepodległościowej.

W 1910 r. wstąpił na wydział mechaniczny Politechniki petersburskiej, gdzie należał do Związku Walki Czynnej i do P. P. S. Fr. Rew. — W tymże roku za udział w strejkach i studenckich demonstracjach politycznych został wydalony z Politechniki bez prawa powrotu. W 1911 r. p. Dyrektor Fabierkiewicz wstąpił na wydział budowy maszyn Politechniki lwowskiej, biorąc w dalszym ciągu czynny udział w działalności Związku Walki Czynnej oraz w Związku Strzeleckim.

W r. 1914 prowadził przygotowawcze roboty wojskowe na terenie robotniczym w Warszawie i Lublinie. Z woli Marszałka Piłsudskiego prowadząc prace konspiracyjne, w 1916 r. przeniósł się na teren okupacji niemieckiej, gdzie był współorganizatorem Pogotowia Bojowego P. P. S.

Dzięki pracom naukowym z zakresu ekonomicznego powołano p. Dyrektora Fabierkiewicza w 1917 r. do Biura Pracy Społecznej, gdzie pozatem redagował nielegalnie wydawany dwutygodnik „Polska". Aresztowanie przez niemieckie władze okupacyjne uniemożliwiło dalszą pracę naukową i dopiero odzyskawszy wolność po rozbrojeniu Niemców, p. Dyrektor Fabierkiewicz wstąpił na nowo do Biura Pracy Społecznej i jednocześnie do tworzącego się wówczas Ministerstwa Aprowizacji w charakterze st. referenta, gdzie pracował aż do likwidacji tego ministerstwa, poczem w 1921 r. przeszedł do Min. Przemysłu i Handlu w charakterze kierownika referatu sowieckiego. W tym czasie p. Dyrektor Fabierkiewicz ogłosił drukiem szereg cennych prac naukowych.

Po przewrocie majowym p. dyrektor Fabierkiewicz powołany został na stanowisko naczelnika wydziału polityki finansowo-gospodarczej w Ministerstwie Skarbu, gdzie brał czynny udział w opracowywaniu najpoważniejszych zagadnień polityki Ministerstwa. W 1928 r. p. Dyrektor Fabierkiewicz został przeniesiony na stanowisko naczelnika wydziału statystyki handlu zagranicznego w Głównym Urzędzie Statystycznym.

W 1929 r. po dokonaniu reformy statystyki handlu zagranicznego p. Dyrektor Fabierkiewicz powołany został z powrotem do Ministerstwa Skarbu na stanowisko Dyrektora Departamentu Ceł, a w marcu 1935 r. objął stanowisko dyrektora Biura Ekonomicznego Zarządu Miejskiego, które dotychczas zajmował.

Dnia 21 kwietnia r. b. p. Wacław Fabierkiewicz został powołany na stanowisko Dyrektora P. U. K. U., a z dniem 1 maja r. b. — na stanowisko Komisarza rządowego P. Z. U. W.

NOWY NACZELNY DYREKTOR POWSZECHNEGO ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH P. MINISTER BRONISŁAW ZIEMIĘCKI.

Naczelny Dyrektor P. Z. U. W. p. Bronisław Ziemięcki urodził się w r. 1885 w Wilnie. Gimnazjum ukończył w Mińsku Litewskim, studja wyższe zaś odbywał na wydziale budowy maszyn Politechniki we Lwowie, a następnie w Moskwie. W Moskwie też pracował w przemyśle, biorąc żywy udział w działalności instytucyj polskich, w szczególności zaś w organizacjach niepodległościowych.

Na początku wojny p. Prezes Ziemięcki przeniósł się do Warszawy, gdzie poświęcił się całkowicie działalności politycznej w P. P. S. i innych organizacjach niepodległościowych. W tym czasie był więziony przez władze rosyjskie, a później wskutek nieustannej swej akcji politycznej był internowany przez okupacyjne władze niemieckie w obozach jeńców w Szczypiornie i Havelbergu.

P. Prezes Ziemięcki należał do organizatorów departamentu pracy przy Tymczasowej Radzie Stanu i od początku, t. j. od lutego 1917 r. pracował w tej instytucji, przemianowanej następnie na Ministerstwo Pracy. W listopadzie 1918 r. powołany został na stanowisko Ministra Pracy, ustąpił wraz z całym rządem premjera J. Moraczewskiego w styczniu 1919 r.

W tymże czasie otrzymuje mandat od m. Łodzi do Sejmu Ustawodawczego, gdzie objął przewodnictwo komisji ochrony pracy. Mandat poselski p. Minister Ziemięcki piastował również w 2-im i 3-im Sejmie.

Od listopada 1925 r. do kwietnia 1926 r. był z ramienia P. P. S. ponownie Ministrem Pracy w rządzie premjera Al. Skrzyńskiego.

W listopadzie 1927 r. p. Minister Ziemięcki zostaje powołany przez Radę Miejską na stanowisko prezydenta miasta Łodzi i urząd ten sprawuje do lipca 1933 r. Jako przedstawiciel Związku Miast był w tym czasie członkiem Rady P. Z. U. W.

Od listopada 1933 r. do maja 1936 r. p. Minister Ziemięcki był członkiem Komisji Rewizyjnej Ministerstwa Skarbu dla Monopolów Państwowych. W tym samym okresie powołany został przez Ministra Opieki Społecznej na przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Zakładu Ubezpieczeń na wypadek choroby.

Decyzją p. Ministra Skarbu z dn. 23 kwietnia r. b. p. Minister Ziemięcki został powołany na stanowisko Naczelnego Dyrektora P. Z. U. W.

Przedruk z Przewodnika Ubezpieczeniowego.